

Birgitta Uosukainen

Ryhmäohjaus antikoagulaatiohoidon omahoidossa

Katsaus kirjallisuuteen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Opinnäytetyö 18.11. 2014

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Birgitta Uosukainen Antikoagulaatiohoidon omahoidon ryhmäohjaus 27sivua ja 4 liitettä 18. marraskuuta 2014
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja
Ohjaaja(t)	Lehtori, Ttm Anu Leppänen Lehtori, Ttm Maarit Kärkkäinen
<p>Opinnäyte on osa Antikoagulaatiohoidon omahoidon ja sähköisen hoitopalautejärjestelmän kehittäminen terveysasemilla -projektia. Projekti toteutetaan Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen, Helsingin kaupungin ja Metropolia ammattikorkeakoulun yhteistyönä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata antikoagulaatiohoidon omahoitoon siirtyvien potilaiden ryhmäohjausta edistäviä ja hidastavia tekijöitä.</p> <p>Opinnäytetyö toteutetaan kirjallisuuskatsauksena, jossa sovelletaan systemaattista kirjallisuuskatsausta suppeammalla aineistolla. Sisällönanalyysi toteutetaan aineistolähtöisesti eli induktiivisesti.</p> <p>Potilasohjaukseen liittyvät käsitteet on määriteltävä yhtenäisiksi. Terveystieteiden henkilöstön koulutusta on kehitettävä ja lisättävä peruskoulutuksesta lähtien. Koulutuksessa tulee painottaa potilasohjauksen prosessiluonneta eikä pelkkää toteuttamista. Vuorovaikutustaitoja tulee kehittää vastavuoroisuuteen eli dialogisuuteen potilaan kanssa. Ohjausprosessi tulee tehdä potilaslähtöisesti yhdessä potilaan kanssa ja samoin ryhmälähtöisesti ryhmän kanssa. Ohjaukselle tulee asettaa tavoitteet ja arviointi niihin perustuen. Ohjausmenetelmien osaamista tulee lisätä koulutuksessa mukaan lukien audiovisuaalisten välineiden ja internetin hyödyntäminen. Ohjausprosessille tulee kehittää yhtenäinen kirjaamiskäytäntö osaksi potilaan hoitokertomusta hoidon jatkuvuuden parantamiseksi. Ryhmäohjausta tulee kehittää eri potilasryhmille suunnatuiksi ja jatkohoitoon järjestelmää hoitokontaktien jatkamisesta. Ryhmän rakenteeseen, kokoon ja käytettävissä oleviin resursseihin tulee kiinnittää enemmän ohjausta suunniteltaessa.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena on, että saatuja tuloksia voidaan hyödyntää ryhmäohjausta suunniteltaessa ja toteutettaessa sekä terveystieteiden henkilöstön koulutuksessa.</p>	
Avainsanat	omahoidon ryhmäohjaus ja -neuvonta, antikoagulaatiohoito, omahoito ja voimaantuminen

Author(s) Title Number of Pages Date	Birgitta Uosukainen Anticoagulant Group Guidance 27 pages + 4 appendices 18 november 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Anu Leppänen, Senior Lecturer, MHS Maarit Kärkkäinen, Senior Lecturer, MHS
<p>The study is a part of the project "Developing the Self Management of Anticoagulant Treatment and Electronic Feedback System in Health Centers". The project is carried out in cooperation with the National Institute for Health and Welfare, the City of Helsinki and Helsinki Metropolia University of Applied Sciences. Purpose of this study is to describe promoting and retarding factors for group counseling of patients, who transfer into self-managed anticoagulation therapy.</p> <p>The study is conducted as a literature review, which applies systematic literature review with limited data. Content analysis is carried out inductively, i.e. derived from the data.</p> <p>Concepts related to patient counseling must be defined similarly. Training of health care professionals should be developed and increased right from the basic level. Training should emphasize process nature of patient counseling instead of just implementation. Interaction skills must be developed into reciprocity, i.e. dialogue with patient. With the patient, counseling process must be made patient-centered and with the group, group-centered. In counseling, targets must be set, as well as evaluation based on them. Knowledge of counseling methods should be increased in the training, including utilizing audio-visual equipment and internet. Counseling process must have a uniform practice of patient data documentation to secure the continuity of care. Group counseling should be targeted for different patient groups. Also, a system for sharing the care contacts must be developed. Structure and size of group and the available resources should be taken better into consideration in planning a group counseling session.</p> <p>Aim of this study is that the results obtained can be used in planning and implementing group counseling, as well as in training of health care professionals.</p>	
Keywords	self-managed care, group counseling, anticoagulation therapy, self-management and empowerment

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettinen viitekehys	2
2.1	Omahoidon ryhmäohjaus ja -neuvonta	2
2.1.1	Ohjauksen tavoitteet	3
2.1.2	Ohjauksen suunnittelu ja toteutus	5
2.1.3	Ryhmäohjaus ohjausmenetelmänä	8
2.1.4	Ohjauksen arviointi	8
2.2	Antikoagulaatiohoidon omahoito	9
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	10
4	Aineiston keruu ja analysointi	10
4.1	Tiedonhaku	10
4.2	Kirjallisuuskatsaus	11
4.3	Sisällönanalyysi	12
4.4	Aineiston analyysi	12
4.5	Aineiston analyysin tekeminen	14
5	Tulokset	14
5.1	Tulosten analysointi	14
5.2	Ohjauksen resurssit	15
5.3	Ohjauksen toteutus	17
5.4	Ohjauksen riittävyys	18
5.5	Ohjauksen hyödyt pitkäaikaissairaille potilaille	19
6	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	20
7	Pohdinta	23
7.1	Tulosten pohdinta	23
7.2	Ohjauksen jatkotutkimuskohteita	25
7.3	Opinnäytetyön merkitys	26

Liitteet

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen ja analysoitavien tutkimusten sekä artikkeleiden tiedonhaku

Liite 2. Tieteelliset tutkimukset ja artikkelit

Liite 3. Tutkimusten ja artikkeleiden sisällön analyysit

Liite 4. Tulosten analyysitaulukot

1 Johdanto

Antikoagulaatiohoidon omahoidolla tarkoitetaan ohjauksen ja lääkehoidon ”ajokortin” suorittaneen potilaan tai omaisen itsenäistä varfariinin lääkehoitoa sovittujen laboratoriorajojen mukaan. Ryhmäohjauksen tavoitteena on, että koulutuksen jälkeen potilas osaa turvallisesti käyttää ja annostella lääkitystään sekä tietää, milloin on tarpeen kääntyä terveydenhuollon ammattilaisen apuun. (Länsipuro – Puhakka 2011: 2, 33.)

Opinnäytetyö on osa yhteistyöprojektia, jonka Helsingin terveystieteiden keskus sekä Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos aloitti antikoagulaatiohoidon uudistamiseksi. Helsingin kaupungissa on koulutettu potilaita omahoitoon vuodesta 2010 lähtien. Projektin tavoitteena on luoda malli varfariini-hoidon hoitovastuun siirtämisestä tietyin kriteerein potilaiden omahoitoon. Osan potilaista hoitovastuu jää hoitajille. Päätöksen tekee lääkäri. Koulutus tapahtuu ryhmissä ja sen jälkeen on oppimisen varmentava koe, jonka läpäisseet voivat siirtyä omahoitoon. Seurannassa on kuitenkin huomattu eri terveysasemilla antikoagulaatiohoidon koulutuksen jälkeisen kokeen läpäisseiden lukumäärissä merkittäviä eroavuuksia, hylkäysprosentti on saattanut olla jopa 80 %.

Väestön ikääntymisen ja veri- ja sydänsairauksien lisääntymisen myötä verta ohentavaa lääkitystä saavien potilaiden määrä on lisääntynyt. Yleisin käytetty lääkeaine on varfariini, kauppanimeltään Marevan. Sen käyttäjiä on 2 % väestöstä ja määrän arvelaan lisääntyvän 5 % vuosittain. (Joutsen-Korkonen 2010: 3434.) Tavallisimpia syitä varfariinihoitoon ovat olleet erilaiset eteisvärinät, sairastettu laskimotukos, keuhkoembolia tai sydämen mekaaninen tekoläppä. Yli puolet varfariinin käyttäjistä on 75 vuotta täytäneitä. (Helin 2010: 1570.)

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla millaiset tekijät voivat edistää tai hidastaa terveydenhoitohenkilöstön antamaa ryhmäohjausta antikoagulaatiohoidossa omahoitoon siirtyville asiakkaille. Opinnäytetyön tavoitteena on, että saatuja tuloksia voidaan hyödyntää ryhmäohjauksen suunniteltaessa ja toteutettaessa sekä terveydenhuoltohenkilöstön koulutuksessa.

2 Teoreettinen viitekehys

2.1 Omahoidon ryhmäohjaus ja -neuvonta

Ryhmän toiminnan tarkoitus määrää sen tehtävän. Tavoitteita on kahdentyyppisiä eli asia- ja tunnetavoitteita. Toimivassa ryhmässä molempien tavoitteiden pitäisi olla tasapainossa. (Laine 2005: 36 – 37.)

Ryhmädynamiikka muodostuu osallistujista, tilanteesta ja ympäristöstä. Näistä tulevat vaikutteet muodostavat muuttuvan dynaamisen kentän. Ryhmän koko vaikuttaa merkittävästi ryhmädynamiikkaan ja toimintaan. (Laine 2005: 50 - 51.) Henkilökohtainen vuorovaikutus on helpompaa pienryhmissä (3 - 12 jäsentä). Marttila (2010: 30) on Diabetes ja lääkäri -lehdessä kirjoittamassaan artikkelissa todennut käytännössä ryhmiä ohjattaessaan 4 – 8 osallistujan kokoisen ryhmän olevan optimaalinen, koska silloin kommunikatio asiantuntijan ja osallistujan sekä osallistujien kesken säilyy hajoamattomana.

Ryhmän koko vaikuttaa siihen, kuinka paljon ryhmän jäsenet voivat olla vuorovaikutuksessa. Esimerkiksi viiden henkilön ryhmässä vuorovaikutussuhteita on 10, kun taas 11 henkilön ryhmässä niitä on jo 171. (Laine 2005: 37.) Keskikokoisen ryhmän osallistujien lukumäärä on noin 20. Tästä suurempia ryhmiä kutsutaan suurryhmiksi, joita kuvaa anonyymisyys, vähäisempi yksimielisyys ja osallistuvuus. Suurissa ryhmissä jäsenten motivaatio, ponnistelut ja osallistumisaktiivisuus pienenevät. (Lipponen ym. 2006: 86.) Laineen (2005: 50 – 51) mukaan on tärkeää ryhmädynamiikan tunteminen ja ryhmän kulloisenkin prosessin vaiheen aktiivinen havainnointi. Etenkin suurissa ryhmissä tilanteet muuttuvat nopeasti ja yllätyksellisesti, jossa ohjaajan hyvä tilannetaju on hyödyllinen taito. Ohjaajan on kyettävä auttamaan ryhmän saavuttamaan tavoitteensa.

Ryhmäohjausta pidetään perusteltuna prosessi- ja tehokkuusnäkökulmasta. Ryhmäohjaus on aina laadullisesti erilaista kuin yksilöohjaus. Siinä ohjaajan ja ryhmäläisten psykososiaaliset roolit ovat erilaiset. Ryhmäohjaus antaa kokemuksia ja vuorovaikutusta, jota yksilöohjaus ei voi tarjota. Ryhmässä saatu vertaistuki lisää myönteisten assosiaatioiden mahdollisuuksia osallistujille. Omahoidon omaksumisessa tieto ohjaajalta ei suoraan siirry ryhmäläiselle, vaan heidän oman ajatusprosessin jälkeen. Omahaitoon liittyviä vaikeuksia tai kielteisiä ajatuksia ei synny ryhmäohjauksessa, vaan se on mitä parhain paikka purkaa ja ratkaista niitä. Ryhmäläisten tietoisuuden kasvu voi aktivoida

tarttumaan sairautensa hoitoon aktiivisemmin ja sitä kautta lisätä myös yksilöohjauksen tarvetta. (Marttila 2010: 28 – 30.)

Tehokkuusnäkökulmasta ryhmäohjaus on taloudellisesti vaikuttavaa. Tässä näkökulmassa mielletään herkästi ohjaus asiantuntijan antamaksi tiedonsiirroksi maallikolle. Asiantuntijan aika tulee aina taloudellisemmin käytetyksi, kun ryhmäläisten lukumäärä maksimoidaan. Ryhmäohjauksessa prosessin hyödyntäminen on kuitenkin järkevää ja tehokasta. Se on osa terveydenhuoltokulttuuria, ja se tarvitsee organisaation tukea. (Marttila 2010: 28 – 30.)

Valta ryhmässä tarkoittaa kykyä tai mahdollisuutta saada ihmiset toimimaan haluamallaan tavalla. Asiantuntijan roolissa on kyse henkilökohtaisesta vaikutusvallasta. Asiantuntijan katsotaan hallitsevan asiansa ja hänen tietoihinsa luotetaan, jopa enemmän kuin omaan tietoon. Ohjaaja on ryhmässä sisällönasiantuntija. Yhteistoiminnallisessa ryhmässä kaikkien työpanosta tarvitaan tehtävän suorittamiseen. (Laine 2005: 49 – 50.)

Asiakeskeisesti suuntautuneille osallistujille ovat ryhmäviestinnässä tärkeitä käsiteltävän asian joustava eteneminen, ongelmanratkaisu ja päätöksenteko. Ohjaajan tulee esittää asiat ja mielipiteet selkeästi sekä perustellen. Tärkeää on määritellä ja analysoida käsiteltävä ongelma yksinkertaisesti ja lyhyesti. Ohjaustilaisuuden etenemisen tulee olla johdonmukaista, pysyä asiassa sekä ajankäyttö suhteuttaa siten, että päästään tavoitteena olevaan lopputulokseen. (Niemi ym. 2006: 80 – 81.)

Ohjaaminen on määritelty ohjauksen antamisena esim. käytännöllisenä opastuksena. Se on myös jonkin asian suuntaamista ja johdattamista. Hoitotieteessä ohjaus-käsite oli muiden käsitteiden sisällä. Ohjaus eroaa rinnakkaiskäsitteistä siten, että ohjauksessa ei anneta suoria ohjeita tai neuvoja. Tiedon antamisessa korostuu kirjallisen materiaalin käyttö ja vuorovaikutusten vähyys verrattuna neuvontaan tai ohjaukseen. Se on myös lyhytkestoista eikä perustu asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin. Ohjaus on aina aktiivista toimintaa ja tavoitteellista. (Kääriäinen – Kyngäs 2005: 252 – 255.)

2.1.1 Ohjauksen tavoitteet

Ohjausprosessissa pyritään asiakaslähtöisyyteen, jossa tarkoituksena on edistää asiakkaan tietoisuutta omasta toiminnastaan. Asiakas osallistuu ohjausprosessin kaikissa

vaiheissa hoitosuunnitelman laatimiseen hoitajan kanssa. Ryhmäohjauksessa prosessi etenee kuitenkin usein muodollisesti ja systemaattisesti tai epämuodollisesti ja rutiininomaisesti. (Kääriäinen – Lahdenperä – Kyngäs 2005: 28.)

Asiakaslähtöisen ohjauksen suunnittelussa tavoitteet voivat olla kognitiivisia, jolloin pyritään lisäämään asiakkaan tietoisuutta sairaudestaan ja sen hoidosta. Affektiivisilla tavoitteilla puolestaan pyritään antamaan uusia asenteita ja arvoja. Uusia taitoja asiakkaan omahoitoon pyritään antamaan psykomotorisilla tavoitteilla. Usein asiakkaat kokevat saavansa liian vähän emotionaalista tukea, jolloin affektiiviset tavoitteet jäävät lähes huomiotta. (Kääriäinen – Lahdenperä - Kyngäs 2005: 28.)

Tavoitteiden laatiminen ryhmälle on helpompaa, kun on ensin hahmoteltu ryhmän perustehtävä: mitä varten ryhmä on? Tavoitteet tulisi vielä konkretisoida osatavoitteiksi. Toiminta suunnitelman laatineet ryhmät saivat toteutetuksi 60 - 70 % tavoitteistaan. (Laine 2005: 37 – 38.)

Motivaatio nähdään kirjallisuudessa keskeisenä sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä. Motivaatioon vaikuttaa, miten merkittäväksi henkilö näkee asian ja miten tärkeänä hän pitää asetettujen tavoitteiden saavuttamisen. Sisäinen omakohtainen motivaatio ja positiivinen suhtautuminen asiaan johtavat yleensä pysyviin tuloksiin. Ulkokohtainen toisten varassa oleva motivaatio ei yleensä kestä pitkäaikaisessa hoidossa. (Kyngäs – Hentinen 2009: 28 – 29.)

Optimaalinen lähtökohta on korkeintaan kolme konkreettista tavoitetta kerrallaan. Selkeät tavoitteet ohjaavat myös potilaan konkreettista toimintaa ja sitä varmemmin hän myös saavuttaa tavoitteensa. Eli hyvin suunniteltu hoitopolku tukee potilaan omahoidon toteutumista. (Routasalo – Pitkälä 2009: 17 – 20.)

Hoitoon sitoutumisen käsite on kompleksinen ja sen määritelmiä on monia. Perinteinen hoitoon sitoutuminen tarkoitti hoito-ohjeiden noudattamista. Vastausta siihen, miten hoitoon sitoutumista voidaan saavuttaa, määritelmä ei anna. Ohjausinterventioilla voidaan edistää osallistujien sitoutumista hoitoonsa, kun tarkastelu rajattiin osallistujan sitoutumiseen oman hoitonsa osaan ja toimintaan. Tarkasteltaessa saatuja tuloksia interventiolla ei ole merkitystä terveydenhuoltohenkilöstön tai läheisten sitoutumisessa potilaan hoitoon. (Kemi – Kääriäinen – Kyngäs 2009: 174 – 175.)

Ohjausprosessia toteutettaessa asiakkaalla on oma vastuu oppimisesta ja tekemistään valinnoista. (Kyngäs - Hentinen 2009: 77 - 78). Mitä parhaimmat tiedot potilaalla on oikeuksistaan, velvollisuuksistaan, terveyden ongelmastaan ja mitä vähemmän ongelma vaikuttaa hänen toimintakykyynsä, sitä voimaantuneemmaksi potilas tuntee itsensä. Voimaantunut potilas sitoutuu määrätietoisesti hoitoonsa ja on siihen tyytyväisempi. Riittävä ja laadukas tieto on voimaantumisen perusta. (Tuorila 2013: 667 – 668.) Kun asiakas haluaa käyttää oppimaansa itsensä hoitamiseen sekä ratkaista tiedon perusteella mahdollisia ongelmia, eli on hoitoonsa sitoutunut. Hoitajan tehtävänä on varmistaa, että potilas tekee päätöksensä oikeaan tietoon perustuen ja tietoisena päätöstensä seurauksista. (Kyngäs - Hentinen 2009: 77 – 78.)

Asiakkaat pitävät ymmärrettävän tiedon puutetta ja puutteellisia ongelmanratkaisutaitojaan jopa suurimpana esteenä hoidon toteutumiselle. Tiedot ja niiden ymmärtäminen eivät riitä, vaan tarvitaan myös käytännön taitoja ja osaamista. Taito ratkaista väistämättömästi vastaan tulevia ongelmia on edellytys hyvälle hoitoon sitoutumiselle. Hoitoon sitoutumattomuus voi olla myös tietoista päätöksen pohjalta syntyvää toimintaa. On myös olemassa ihmisiä, jotka haluavat itse päättää omasta elämästään ja tehdä omat päätökset muista riippumatta. Heitä kutsutaan kirjallisuudessa omapäiset. (Kyngäs - Hentinen 2009: 29 - 30, 43.)

2.1.2 Ohjauksen suunnittelu ja toteutus

Antikoagulaatiohoidon ryhmäohjausta järjestetään Helsingin kaupungin terveyskeskuksen tiloissa hoitoa saaville asiakkaille ja heidän omaisilleen tiettyinä päivinä viikossa. Omahoito- ohjaukseen koulutetut terveydenhoitajat järjestävät koulutuksen asiakkaille, jotka lääkäri on valinnut tiettyjen kriteerien mukaan. Omahoito -ohjausta varten terveyskeskus on tehnyt kirjalliset ohjeet koulutetuille terveydenhoitajille ja potilaille kummallekin omansa. (Puhakka 2011.) Ohjauksen tavoitteena on siirtää antikoagulaatiohoidon seuranta asiakkaan omahoitoon. Ryhmän potilaat ovat sairautensa suhteen samassa muutosvaiheessa. (Routasalo – Pitkälä 2009: 23.)

Asiakaslähtöisen ohjauksen toteutuksessa lähtökohtana ovat hoitajan tiedot ohjattavasta asiasta ja eri ohjausmenetelmistä. Ohjauksen pitäisi perustua ajanmukaiseen tutkituun tietoon. Ohjausmenetelmän valintaan vaikuttaa ryhmän koon ja käytettävien tilojen lisäksi ryhmään osallistuvien vahvuudet. (Salminen-Tuomaala ym. 2010: 25 – 26.) Hoitajan tehtävänä on auttaa asiakasta löytämään hänelle parhaan tavan omaksua uutta

tietoa. Asiakkaita, joiden on helppoa muistaa ja oppia kielellisesti, voidaan tukea antamalla vahvistavaa palautetta. Visuaalisesti oppivia asiakkaita kannattaa ohjata käyttäen kuvamateriaalia. Toiset asiakkaat oppivat asioita kokonaisuuksista yksityiskohtiin tai päinvastoin. Tällöin hoitajan on hyödyllistä rytmittää asioita kolmen sarjoissa. Tehokasta kaikissa ohjausmenetelmissä on tärkeiden asioiden kertaaminen. Parhaiten asiakas muistaa ohjauksesta ensimmäisen ja viimeisen asian. Uusia ohjausmenetelmiä tarvitaan, sillä on arvioitu asiakkaiden muistavan ohjauksessa 75 % näkemästään ja 10 % kuulemastaan. Edellisten yhteisvaikutuksen kautta asiakas oppii ja muistaa 90 % tiedoista. Tämän perusteella ohjauksen varmistamiseksi hoitajan tulisi käyttää useita ohjausmenetelmiä. Annettavan kirjallisen materiaalin pitäisi tukea ohjauksessa käsiteltyjä asioita eikä olla liian yleisluontoinen. (Kääriäinen – Lahdenperä - Kyngäs. 2005: 28). Päivystyspoliklinikalla käyneistä asiakkaista 90 % pitää myös kirjallisia hoito-ohjeita tärkeänä ohjauksen tukena. Tarve korostuu selvästi yli keski-ikäisillä, jotka kokivat kirjallisten ohjeiden auttavan kotihoidossa selviytymisessä. (Salminen-Tuomaala ym. 2010: 25 – 26.)

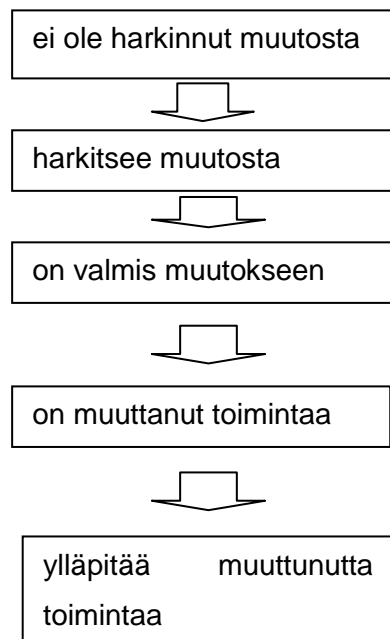
Asiakaslähtöistä ohjausta tukevia tyylejä ovat konfrontoiva ja katalysoiva. Konfrontoivaa eli hyväksyvää ohjaustyyliä käytetään tilanteissa, joissa asiakas tarvitsee vahvistusta tiedoilleen tai hän on hyvin tunnepitoisesti latautunut. Konfrontoivaa ohjaustyyliä kannattaa käyttää myös tilanteissa, joissa asiakkaan puheen ja toiminnan välillä on selvä ristiriita. Katalysoivaa tyyliä käytetään kartoittamaan ja selkiyttämään asiakkaan tilannetta. Asiakasta autetaan ohjauksella päätöksenteossa ja toiminnassa. (Kääriäinen - Lahdenperä – Kyngäs 2005: 29).

Yksilöohjausta pidetään oppimisen kannalta ryhmäohjausta tehokkaampana. Toisaalta homogeenisen ryhmän keskustelunomaisessa ohjauksessa saama vertaistuki on merkityksellistä sairauden hyväksymisessä ja sopeutumisessa siihen. (Kääriäinen – Kyngäs 2005: 211.) Avoimissa ryhmissä, joissa osallistuminen on vapaaehtoista, koheesion eli ryhmän kiinteyden oltava melko voimakas. Voimakkaan koheesion ryhmässä on myös hyvä ilmapiiri. Osallistujat saavat mahdollisuuden hyödyntää vahvuuksiaan ja parantaa heikkouksiaan. (Laine 2005: 33, 38 – 39.)

Nykyisin ohjauksessa on keskeistä asiakkaan ja ohjaajan jaettu asiantuntijuus sekä vastuullisuus. Asiakaslähtöinen ohjaus rakentuu asiakkaan henkilökohtaisista tarpeista. (Kyngäs - Hentinen 2007: 77 – 78.) Asiakkaan omahoitoon tukemisen perustana käytetään konstruktivistista oppimiskäsitystä aikaisemman behavioristisen näkemyksen si-

jaan. Siinä pyritään löytämään omahoito, joka huomioi asiakkaan tiedot kokemukset, asenteet ja toiveet. Ohjauksen tavoitteena on laatia asiakkaan kanssa omahoidon suunnitelma, jonka hän tunnistaa omakseen, hyväksyy ja sitoutuu noudattamaan sitä. (Routsalo – Airaksinen – Mäntyranta – Pitkälä 2010: 1921.)

Asiakkaan voimavarojen ja ongelmien pohjalta hoitaja voi käyttää ohjauksen suunnittelussa ns. Prochas -mallia (kuvio 1). Se on viisivaiheinen muutosmalli.



Kuvio 1. Prochas-muutosvaihemalli (mukaellen Prochaska, JO - DiClemente CC:1992).

Vaiheet etenevät jokaisella asiakkaalla yksilöllisesti. Ohjaajan on tärkeä olla selvillä, missä vaiheessa asiakas kulloinkin on. Tällöin hoitaja pystyy kohdentamaan ohjauksen tilanteen vaatimalla tavalla. Prosessin alussa ohjaaja voi kuunnella ja kysellä asiakkaalta terveyteen liittyvistä asioista ja kartoittaa tilannetta. Asiakkaan harkitessa elintapoihinsa muutosta rohkaistaan ongelman tunnistamisessa. Päättäessään toteuttaa muutoksen ohjaajan on panostettava asiakkaan pystyvyyden tukemiseen. Yleensä toimintavaihe kestää noin kolmesta kuuteen kuukautta, jolloin myös repsahdukset ovat mahdollisia. Asiakkaan kanssa on hyödyllistä löytää keinoja näiden tilanteiden varalle. Muutettuaan elintapojaan asiakas tarvitsee edelleen kannustusta ja rohkaisua jatkaa. Myönteinen palaute ohjaajalta asiakkaan ylläpitäessään muutosta on merkityksellistä. (Routsalo - Pitkälä 2009: 16 – 17, 30 – 33.)

2.1.3 Ryhmäohjaus ohjausmenetelmänä

Ryhmäohjauksessa on mahdollisuus hyödyntää erilaisia ohjausmuotoja joukolle osallistujia. Ryhmäohjauksen tehokkuus ja asiakkaiden saama hyöty riippuu paljon ohjaajan esitystavasta ja kielellisestä ilmaisusta. Suulliseen ryhmäohjaukseen demonstraatiot ja harjoittelu olivat yleisesti käytettyjä menetelmiä ja tehokkaita oppimisessa. (Kääriäinen – Kyngäs 2005: 211.) Ohjaaja voi käyttää luentoja, keskustelua, toiminnallisia menetelmiä ja konkreettista harjoittelua. Ryhmäohjauksessa pystytään hyödyntämään moniammatillista osaamista ja myös aikaisempaa enemmän terveydenhuollon ulkopuolisia asiantuntijoita apuna. Ryhmäläisten toisiltaan saama vertaistuki tai ”vertaisohjaajien” mukana oloa pidetään asiakkaita voimaannuttavana elementtinä. Käytettäessä ryhmää ohjausmenetelmänä ohjaaja tarvitsee koulutusta ja paneutumista ryhmäohjaukseen. Prosessinäkökulmasta on hyödyllistä käyttää kahta ohjaajaa tai yhden vakituisen lisäksi vaihtuvaa vierailevaa asiantuntijaa. (Marttila 2010: 29, 30 – 31.)

Audiovisuaalisen ohjauksen käyttö on tutkitusti asiakkaille mieleistä ja siitä hyötyivät eniten ne, joilla oli vaikea lukea kirjallista materiaalia. Videoiden käyttö mahdollistaa ohjauksen ajoituksen oikein, tukee itsehoitoa ja vähentää pelkoja. Toisaalta videoiden sisältö saattaa herättää asiakkaita voimakkaita tunteita tai aiheuttaa väärinkäsityksiä. Ohjaajan on hyvä varata aikaa myös asiakkaille mahdollisuuteen keskustella katselun jälkeen. Tietokoneavusteinen ohjaaminen on lisääntynyt merkittävästi tutkimuksen ajankohdan jälkeen (vuosilta 1995 – 2002). Jo tutkimuksesta saadut tulokset osoittivat asiakkaiden hyötyvän ohjaustyylistä iästä riippumatta. Sen todetaan lisäävän asiakkaiden tietoa ja edistävän toivottua hoitokäyttäytymistä. Tietotekniikan hyödyntäminen mahdollistaa yksilöllisen ohjausmateriaalin käytön asiakkaan tarpeisiin aikaisempaa helpommin ja se voidaan päivittää muuttuneiden tarpeiden mukaan nopeasti. (Kääriäinen – Kyngäs 2005: 212, 213).

Ryhmäohjauksen omaksuminen tapahtuu samoilla perusteilla kuin käyttäytymisen muutos. On oltava jotain selkeää tarjottavaa ja käytännössä toimivaa, joka tuottaa enemmän myönteisiä kuin kielteisiä tuloksia. (Marttila 2010: 32.)

2.1.4 Ohjauksen arviointi

Asiakaslähtöiseen ohjausprosessiin sisältyy myös arviointi yhdessä asiakkaan kanssa. Arviointia kannattaa tehdä niin lyhyellä kuin pitkälläkin aikavälillä. Myös lyhyen aikavä-

lin arviointi on merkityksellistä asiakkaalle, sillä osatavoitteiden positiivinen saavuttaminen johtaa parempiin hoitotuloksiin ja toiminnan hallintaan hoidon jatkuessa. Asiakkaan taantumisen arviointi on myös tärkeää ja reagointi siihen. (Kääriäinen – Lahdenperä 2005: 29).

Kääriäinen ja Kyngäs (2005: 212 - 213) ovat todenneet tutkimuksessaan psykososiaaliset ja ohjaukselliset interventiot hyödyllisiksi ohjauksen vaikuttavuuden parantamiseksi. Tehokas ohjaus paransi asiakkaan toimintakykyä ja sitoutumista omahoitoonsa.

2.2 Antikoagulaatiohoidon omahoito

Antikoagulantti on veren hyytymistä estävä lääke. Antikoagulaatiohoitoa tarvitaan potilaille, joilla on lisääntynyt verisuonitukosten vaara. Hoidon tavoitteena on ennaltaehkäistä veri hyytymien kehittyminen sekä estää jo syntyneen hyytymän kasvu ja liikkeelle lähtö. Antikoagulaatiohoidosta hyötyvät potilaat, jotka kärsivät sydämen eteisvärinästä tai joilla on laskimotukoksia alaraajoissa tai sairastettu keuhkoveritulppa. Hoitoa tarvitsevat myös osa valtimotukospotilaista, osa aivoinfarktin sairastaneista sekä potilaat, joilla on joko mekaaninen tai biologinen sydämen tekoläppä.

Tavallisin ja yleisimmin käytetty antikoagulantti on varfariini. Lääkehoito on usein potilaille elinikäinen, joilla on edellä mainittujen sairauksien suuri uusiutumisen riski. Varfariini hoidosta hyötyvät myös potilaat, joille on laitettu verisuoniproteesi, osa kardiomyopatiaa tai vaikeaa sydämen vajaatoimintaa sairastavista ja osa potilaista, joilla on jokin tunnettu tukosalttius. (Käypä hoito -suositus. 2011.)

Varfariini lääkehoidon terapeuttinen tasapaino on hyvin kapea, jolloin hyvän lääkehoidon ohjaus ja toteutus ovat tärkeitä. Liian pieni lääkemäärä suurentaa verisuonitukosten riskiä ja liian suuri lääkemäärä puolestaan lisää verenvuodon riskiä. Antikoagulaatiohoitoa toteutetaan ja seurataan säännöllisillä verikokeilla. Verestä mitataan hyytymisaikaa eli tromboplastiini aikaa. Tämä ilmoitetaan INR- yksikkönä. Potilaalle on tiedotettu oma yksilöllinen tavoitetaso, joka yleisesti on 2,0–3,0. Tekoläppäpotilailla tavoitetaso on 2,5–3,5. (Puhakka 2011: 5 – 10.)

Omahoidossa potilas ottaa vastuun ratkaisuksistaan. Omahoito eroaa itsehoidosta, jossa potilas itse ilman ammattihenkilön apua suunnittelee sairautensa hoitoa. Omahoitoon siirtyvä potilas tarvitsee ammattihenkilön antamaa ohjausta, joka koostuu potilaan au-

tonomian vahvistamisesta, voimaantumisesta sekä potilaan ongelman- ja päätöksentekokyvyn vahvistamisesta. (Routasalo – Pitkälä 2009: 5-6).

Antikoagulaatiohoidon omahoitoon siirtyviksi potilaiksi valitaan ne, joilla on hyvä hoitomyöntyvyys ja -tasapaino. Edellytyksenä omahoitoon siirtymiselle on osallistuminen omahoidon ryhmäohjaukseen ja antikoagulanttilääkehoidon -ajokortin suorittaminen. Vasta tämän jälkeen asiakas (tai koulutettu omainen) voi vastata lääkkeen annostelusta itse INR- arvojen perusteella sovituihin rajoissa. (Puhakka 2011.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyö on osa Antikoagulaatiohoidon –projektia. Tarkoituksena on kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla, millaiset tekijät voivat edistää tai hidastaa terveydenhoitohenkilöstön antamaa ryhmäohjausta antikoagulaatiohoidossa omahoitoon siirtyville asiakkailla. Tavoitteena on, että tuloksia voidaan hyödyntää ryhmäohjausta suunniteltaessa ja toteutettaessa sekä terveydenhoitohenkilökunnan koulutuksessa.

Tutkimuskysymykset ovat:

Millaiset tekijät edistävät ryhmäohjausta?

Millaiset tekijät hidastavat ryhmäohjausta?

4 Aineiston keruu ja analysointi

4.1 Tiedonhaku

Opinnäytetyössä käytettiin tietokantoja: Nelli, Chinal, Medine ovid ja Medic. Lisäksi käytettiin käsihakua.

Kirjallisuuskatsauksen aineiston rajausta tehtiin vuosille 2005- 2013. Hakusanoina käytettiin ”anticoagulants” and ”patient education” and ohjaam*, anticoagugul* and diversion and teaching and patient groups, teachings methods and patient groups and learning, ohjaam* ja potil* ryhmälle ja hoitot*, ohjaam* hyvä ja potil* ryhmälle ja hoitot*, potilaan ja voimaant*, pot* omahoit* ja pot*voim* ja Kyngäs (tekijä). Hakuja täydennet-

tiin manuaalisesti lehtiartikkeleilla niiden omista tietokannoista: Hoitotyö, Tutkiva hoitotyö, Suomen lääkäri, Diabetes ja lääkäri sekä Duodecium. (Liite 1).

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen kirjallisuuden ja analysoitavien tutkimusten valintakriteerit

Valintakriteerit	Hylkäämiskriteerit
Analysoitavat tutkimukset, artikkelit: 2005 – 2013 uudet Suomessa tehdyt tutkimukset ja englanninkielisiä tutkimusartikkeleita kansalliset ja kansainväliset tutkimusartikkelit/väitöskirjat vastasivat tutkimuskysymyksiin	eivät olleet aikavälillä pelkästään potilaiden henkilökohtainen ohjaaminen omahoidon ohjaaminen lyhyessä ja kertaluonteisessa hoitotoimenpiteessä opiskelijoiden opetus potilaiden ohjaamiseen, hoitohenkilökunnan ohjaus työpaikalla ei AMK:n opinnäytetöitä, eikä yliopistojen Pro gradu- tutkielmia

4.2 Kirjallisuuskatsaus

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 97.) Opinnäytetyö toteutetaan katsauksena kirjallisuuteen, jossa sovelletaan kirjallisuuskatsauksen periaatteita suppeammalla aineistolla.

Kirjallisuuskatsauksen lähtökohtana on kerätä tutkittua tietoa vastaukseksi johonkin kysymykseen tai tutkimusongelmaan. Kirjallisuuskatsauksesta tehty sisällön analyysi on yksi kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen menetelmä, jossa analysoidaan aikaisempia tutkimuksia. (Johansson 2007: 58). Sisällön analyysin avulla on mahdollista analysoida suuria ja erilaisia aineistoja. Terveystieteissä on käytössä ns. Evidence based -ajattelu, jolloin toteutettava hoito perustuu aina tutkittuun tietoon (Tuomi - Sarajärvi 2009: 123). Hoitotieteelliset kirjallisuuskatsaukset noudattavat systematiikkaa, jossa luotettavuus on arvioitu ja tulokset esitetty yksityiskohtaisesti. Huomioitava on, että kirjallisuuskatsauksen tarkoitus vaikuttaa siinä käsiteltyyn tutkimusaineistoon. (Johansson 2007: 2- 3.)

Kirjallisuuskatsaukseen otetaan mukaan tutkimuskysymyksen kannalta relevantit eli merkitykselliset ja tietyssä aikana tehdyt tutkimukset. Sen jokainen vaihe kirjataan tarkasti virheiden minimoimiseksi ja katsauksen toistettavuuden mahdollistamiseksi. Näitä kirjallisuuskatsauksen vaihteita ovat valinta-, analysointi- ja syntetisointi prosessi. (Johansson 2007: 3- 4.)

4.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi voidaan käsitellä joko teorialähtöisesti eli deduktiivisesti tai aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Induktio on etenemistä yksittäisten tapausten avulla yleistykseen. Deduktiossa teorian pohjalta pyritään tekemään johtopäätöksiä yksittäisiin tapauksiin. Kolmas kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmä on abduktio, joka on edellisten yhdistelmä. Abduktiossa vuorottelevat teoria ja käytäntö. Yleensä menetelmä lähtee liikkeelle aineistosta. (Kananen 2008: 22 – 23).

Sisällönanalyysin tulee olla objektiivista, jolloin tavoitteena on saada vastaus tutkimuskysymyksiin. Aineistolähtöisen menetelmän tarkoituksena on koota tutkimustieto, josta voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 108 - 113). Menetelmän pyrkimyksenä on tuottaa tietoa tutkittavasta aiheesta teorian tavoittelemiseksi. Ennen analysointia on kuitenkin päätettävä otetaanko mukaan myös piilossa olevat viestit. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108 – 113.)

Tuloksena tutkimusten riittämättömyydestä on, että kirjallisuuskatsauksesta ei saada vastausta tutkimuskysymykseen. Myös tämä tulos on merkittävä, vaikka se ei tuota spesifistä kirjallisuuskatsausta aiheesta. (Johansson 2007: 4- 6). Sisällönanalyysillä tehdyt tutkimukset ovat saaneet kritiikkiä mielekkäiden johtopäätösten puuttumisesta. Sen sijaan tutkijat ovat kuvanneet tehdyt analyysit hyvin. (Tuomi – Sarajärvi 2004.)

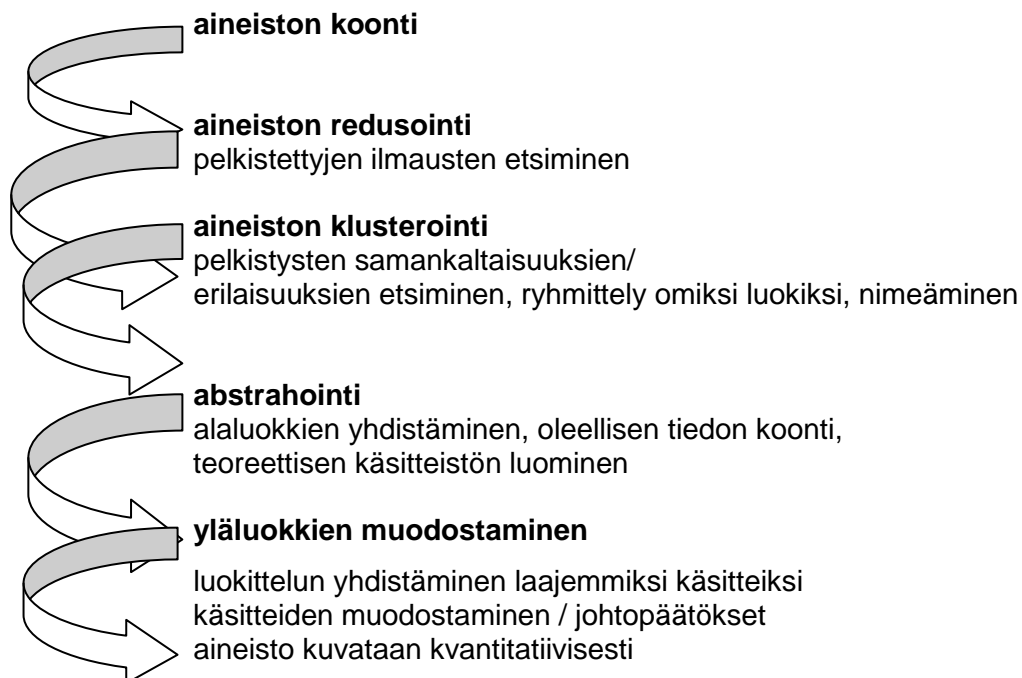
4.4 Aineiston analyysi

Opinnäytetyöhön sovelletaan sisällönanalyysin periaatteita induktiivista tutkimusmenetelmää käyttäen, eikä työssä ole analysoitu piilossa olevia rakenteita. Ennen analyysiprosessin aloittamista määritellään analyysiyksiköt, joita ohjaavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Analyysiyksikkö voi olla sana, teema tai käsittää useampia lauseita. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013:168). Se on aineiston tiivistämistä ja muotoilemista ymmärrettävään muotoon ennen analysointia. Analyysiyksikkö on ns. kehikko

aineiston päällä, jonka avulla pyritään analysointivaiheessa löytämään rakenteita, teemoja. Liian yleisluonteinen analyysiyksikkö kadottaa osan tiedosta ja liian tiheä taas aiheuttaa vaikeuksia tulkinnassa. Ne ovat aineiston tekstikokonaisuuksia, jotka eroavat sisällöltään. (Kananen 2008: 88 – 90.)

Aineiston alkuperäisilmaukset muutetaan pelkistettyyn muotoon. Samaa pelkistystä tarkoittavat lauseet yhdistetään analyysiyksiköiksi ja nimetään sitä kuvaavalla alaluokan käsitteellä. Abstrahoinnissa eli alaluokkien yhdistämisessä aineistosta otetaan analyysiin mukaan vain tutkimuskysymyksen kannalta oleellinen tieto ja sen perusteella muodostetaan teoreettinen yläluokka. Jaettaessa luokat edelleen alaluokiksi pyritään löytämään yhteyksiä rakenteiden välillä. Yleistettävyyttä pyritään lisäämään päinvastoin luokkia yhdistelemällä. Aikaisemmillä tiedoilla ja teorioilla tutkimusongelmaan liittyen ei ole yhteyttä lopputuloksen kanssa, koska analyysi on aineistolähtöistä. (Kananen 2008: 94 – 95.)

Opinnäytetyön analyysin tuloksena on saada tutkimustulosten perusteella tietoa, mitkä tekijät edistävät tai hidastavat ryhmäohjausta terveydenhuollossa.



Kuvio 2. Sisällön analyysivaiheet (mukaellen Kananen 2008: 94).

4.5 Aineiston analyysin tekeminen

Analysoitaviksi valittiin kaksi suomenkielistä väitöskirjaa ja yksi tutkimusartikkeli sekä kaksi englanninkielistä tutkimusartikkelia, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. (Liite 3.) Analysoitava aineisto luettiin läpi. Kääriäisen väitöskirjan laajuuden ja käytettävissä olevan ajan rajallisuuden vuoksi mukaan otettiin väitöskirjasta ohjauksen laatu potilaiden arvioimana. Hoitohenkilökunnan arvioita ohjauksen laadusta analysoitiin alaluokkien mukaan, jotka oli muodostettu potilaiden arvioista. Muuttujien vaikutusta arvioijaan jätettiin vähemmälle huomiolle. Opinnäytetyössä ei käsitelty Kääriäisen väitöskirjasta hypoteettisen mallin kehittämistä eikä testaamista. Englanninkielisiä tutkimusartikkeleita analysoitaessa käytettiin Google- translate ja Mot- sanakirjastoa. Englanninkielisten tutkimusartikkeleiden kääntäminen oli hyvin haasteellista tieteellisen tekstin ja runsaan vieraan ammattisanaston vuoksi. Analysoinnissa ei pyritty englanninkielisen tekstin tarkkaan kääntämiseen, vaan pelkistettyyn ilmaukseen liittyen tutkimuskysymyksiin. Analyysiyksikköön koottiin alkuperäistekstistä ryhmäohjausta lauseista kuvaavia lauseita liittyen tutkimuskysymyksiin.

Analysoitavasta väitöskirjoista tai niiden osista, suomenkielisestä sekä englanninkielisistä tutkimusartikkeleista tehtiin tutkimuskysymysten mukainen sisällönanalyysi taulukkomuotoon. Alkuperäisistä ilmauksista tehdyistä pelkistyksistä muodostettiin alaluokkia, jotka yhdistettiin kuvaamaan yläkäsitettä.

5 Tulokset

5.1 Tulosten analysointi

Tulosten analyysissä toisiinsa liittyvät alaluokat yhdistettiin ensin laajemmiksi alaluokiksi, jotka kuvaavat potilasohjauksen eri osa-alueita, ja nimettiin. Tämän jälkeen analysoiduista alaluokista muodostettiin koko ohjauksen osa-aluetta kuvaava yläluokka ja – käsite. (Liite 4). Yläluokkaa eli ohjaukseen liittyvää osa-aluetta, esim. ohjauksen resurssit, avattiin tekstillä. Tutkimuskysymyksiä, eli ryhmäohjausta edistäviä ja hidastavia tekijöitä, analysoitiin tuloksissa kukin osa-alueen kohdalla erittelemättä.

5.2 Ohjauksen resurssit

Yläluokka. Ohjauksen resurssit muodostuvat kolmesta alaluokasta, jotka ovat ohjauksen tilat, välineet ja aika, hoitohenkilökunnan valmiudet ohjaamiseen sekä ohjausmenetelmien osaaminen.

Alaluokka, ohjauksen tilat, välineet ja aika sisältävät tarkoituksenmukaiset tilat, ohjausmenetelmän edellyttämät välineet, potilaan tarvitsemat hoitovälineet ja mahdollisuuden käytännön harjoitteluun. Aikaa tulisi varata riittävästi itse ohjaukseen sekä potilaiden harjoitteluun. Potilaiden taustatekijöistä ikä, koulutus sekä sairaalakäynnin luonne vaikuttivat merkittävästi potilaan kokemuksiin ohjauksen laadusta. Iäkkäät, vähemmän koulutetut sekä päivystyksessä olevat potilaat kokivat usein ohjauksen ulkoiset puitteet huonoiksi annetulle ohjaukselle. Iäkkäiden potilaiden ohjaus vaatii toimintamahdollisuuksilta huomioimista ohjattavan mahdolliset aisti- ja muistinmuutokset. Demonstraatioihin ja hoitovälineiden harjoitteluun on varattava monipuolisemmin materiaalia kuin nuoremmille. Aikaa ohjaukseen ja ohjauskertoja iäkkäät tarvitsevat useampia, joten heidän ohjauksestaan muodostuu pitempi prosessi kuin muilla potilasryhmillä.

Hoitohenkilökunta arvioi ohjauksen toimintamahdollisuuksia parantavan hyvä yhteistyö, hyvin saatava ja ajanmukainen ohjausmateriaali sekä monipuolisempi koulutus välineiden käyttöön. Vanhemmat hoitajat pitivät ohjausmahdollisuuksia nuoria huonompina. Poliklinikoilla työskentelevät arvioivat yhteistyön toimivammaksi kuin osastoilla. Poliklinikoilla hoitajilla oli keskimäärin enemmän aikaa ohjaukseen ja heillä oli myös paremmat välineet. Tutkimustiedon hyödyntämisessä ohjauksessa hoitajan työkokemuksella oli merkittävä osa. Yli puolet kaikista arvioineista hoitajista pitivät tiloja ja välineitä puutteellisena. Nuoremmat ja alle viisi vuotta työskennelleet hoitajat olivat asian suhteen kriittisempiä kuin vanhemmat.

Alaluokka, hoitohenkilökunnan puutteelliset valmiudet ohjaukseen voivat olla suunnitelmallisen ja tuloksellisen ohjauksen esteenä. Analysoinnin perusteella potilaiden taustatekijöillä ei ollut merkittävää vaikutusta hoitohenkilökunnan ohjausosaamiseen. Koulutuksen lisäämisen ja monipuolisemman ohjauksen toteuttamisen arvioitiin olevan ainoa tehokas keino laadun parantamiseen.

Hoitohenkilökunnan asenteet potilaat kokivat usein negatiivisiksi ohjaukseen. Saaduilla tuloksilla oli merkitystä ohjauksen tuloksellisuuteen ja laatuun vuorovaikutuksen sekä

ilmapiirin kautta. Asenteiden muuttaminen on kuitenkin vaikeampi tehtävä. Hoitohenkilökunnan koulutuksen lisääminen ja eri potilasryhmille suunniteltu ohjaus parantavat myös hoitohenkilökunnan odotuksia antamansa ohjauksen merkityksestä ja hyödyistä potilaille.

Hoitohenkilökunnan arviointien perusteella ohjaustaidot vaikuttivat eniten toimintamahdollisuuksiin. Ne, jotka arvioivat omaavansa hyvät ohjaustaidot ja -menetelmät, kokivat myös toiminnan paremmaksi. Tarvittavan tietotason sairaudesta hoitajat arvioivat vähintään tyydyttäväksi lähes kaikilla. Ikä, työkokemus ja ohjaukseen käytettävä aika korreloivat positiivisesti tietomäärään. Riittävästi aikaa ohjaukseen käyttäneet kokeneemmat hoitajat arvioivat myös tiedollisten valmiuksiensa olevan hyvät. Hoidon jälkeistä vointia koskevat tiedot arvioitiin heikoimmiksi. Esimerkiksi jatkohoitoa ja kotiuttamista koskevia asioita hallitsi hyvin vain vähän yli puolet vastaajista ja huonosti seitsemäsosa (12 – 16 %). Kuntoutuspalveluista tiesi riittävästi vain neljännes ja sosiaalietuuksista potilaita osasi ohjata potilaita tyydyttävästi vain puolet hoitajista.

Hoitohenkilökunta itse arvioi asenteensa ohjaukseen positiiviksi, joka ilmeni motivaationa ohjata ja sitoutumisena ohjaukseen. Naiset, hoitajat verrattuna lääkäreihin ja poliklinikoilla työskentelevät sekä ne, jotka käyttivät ohjaukseen enemmän aikaa, olivat myönteisimpiä. Yleisesti hoitajien asenne ohjaukseen ei merkittävästi vaikuttanut heidän arvioidensa mukaan ohjaustilanteeseen.

Alaluokka, käytettävät ohjausmenetelmät arvioitiin kaikissa analysoiduissa tutkimuksissa puutteellisiksi. Suullista ja henkilökohtaista ohjausmenetelmää käytettiin eniten ja ne hoitohenkilökunta osasi ohjausmenetelmistä hyvin. Muiden menetelmien osaaminen ja käyttö olivat minimaalisia. Analysoinnin perusteella kirjallista materiaalia ei hyödynnetty riittävästi ohjauksessa. Ryhmäohjausta, demonstraatioita ja audiovisuaalisia menetelmiä ei osattu eikä hyödynnetty riittävästi. Suullista ohjausta tulisi aina täydentää kirjallisella materiaalilla, etenkin iäkkäillä potilailla. Käytettävää ohjausmenetelmää valittaessa ei huomioitu ja hyödynnetty potilaan kontekstia eikä sen avulla laadittu ohjaukselle realistisia tavoitteita. Iäkkäiden potilasryhmien ohjausta ei kiinnitetty riittävästi heidän arkielämäänsä käytännön harjoittelun kautta. Oikealla ohjausmenetelmällä ja -materiaalilla on merkittävä vaikutus potilaiden sairautensa omahoitoon sitoutumiseen.

Hoitohenkilökunta arvioi ohjaustaitonsa olevan lähes kaikilla tyydyttävällä tasolla. Ohjaustaitojaan arvioivat hyviksi naishoitajat, poliklinikalla työskentelevät ja ne, jotka käyttivät ohjaukseen runsaan tunnin aikaa.

5.3 Ohjauksen toteutus

Yläluokka, potilaslähtöisen ohjauksen toteuttaminen muodostuu sairaudesta annetusta riittävästä tiedosta, potilaan kanssa laadituista ohjauksen tavoitteista huomioiden hänen kontekstinsa, ohjauksen toistettavuudesta ja etenemisestä suunnitelman mukaan. Vuorovaikutuksella ja ilmapiirillä luodaan potilaslähtöisen ohjauksen toteutus. Ryhmäohjauksella voidaan vahvistaa potilaan kokemuksia omakohtaisesta ohjauksesta.

Alaluokka, sairauteen liittyvän tiedonannon riittävyys, potilaan kanssa laaditut ohjauksen tavoitteet huomioiden hänen kontekstinsa ja ohjauksen suunnitelmallinen eteneminen olivat tuloksellisen ohjauksen lähtökohtia. Yhtenäiset tavoitteet ohjaukselle olivat pitkäaikaissairaille ja iäkkäille potilaille tärkeää oppimisen edistämiseksi ja omahoitoon sitoutumiseksi. Terveystieteiden henkilöstö tunnisti potilaiden yksilölliset tarpeet ohjauksessa, mutta niitä ei huomioitu tavoitteiden asettamisessa. Erimielisyydet ohjauksen tavoitteista vähensivät potilaiden antamaa palautetta omahoidon toteutumisesta.

Analysoinnin perusteella yli 90 % potilaista arvioi saaneensa tietoa sairauteensa liittyen riittävästi ja myös palautetta ohjauksen aikana. Ohjaustoiminnan toteutumisesta ei yleensä arvioitu, sillä noin viides osan potilaista ohjeiden ymmärtämistä ei tarkistettu. Saman verran potilaista ei ollut mahdollisuutta antaa palautetta saamastaan ohjauksesta. Pitkäaikaissairaat ja iäkkäät potilaat toivoivat enemmän tietoa elintapojen vaikutuksesta sairauden omahoidossa. Iäkkäiden potilaiden tiedonannon kohdalla korostui ohjeiden antaminen potilaan ymmärtämällä kielellä, jossa oli mahdollisimman vähän vieraskielisiä termejä. Ymmärtämistä tuki ohjeiden yhdenmukaisuus, kirjallisen materiaalin saaminen ja ohjeiden perustelu. Iäkkäät potilaat toivoivat enemmän sairauteen liittyvien tunteiden ja pelkojen käsittelemistä ohjauksessa. Omaisten mukanaolon he kokivat omahoitoa tukevana tekijänä. Myös ohjauksen sisällöstä tiedottaminen jatkohoitopaikkaan iäkkäät potilaat arvioivat tehostavan omahoidon jatkuvuutta. Ohjauksen jatkuvuuteen osana potilaan hoitosuunnitelmaa tarvittiin systemaattisempaa ja yhtenäisempää kirjaamista.

Kaikissa analysoitavissa aineistoissa todettiin ryhmäohjaus tehokkaaksi ohjausmuodoksi yksilöohjauksen rinnalle. Ryhmän tarjoama vertaistuki yhdistettynä interaktiiviseen oppimisympäristöön lisäsi merkittävästi omahoidon oppimista. Osallistujat toivat mukanaan ongelmiansa kanssa myös erilaisia käytännön ratkaisumalleja ja asenteita käsiteltävään aiheeseen. Ryhmäläiset toimivat myös ns. ohjaajina toisilleen sairauden hoidossa. Elämäntapoihin liittyvissä ohjauksissa ryhmäohjaus todettiin potilaan autonomiaa eniten tukevaksi ja vahvistavaksi. Potilaan sitoutuminen elintapojen muutokseen parani parhaiten.

Ohjauksen vuorovaikutuksen potilaat kokivat yleensä hyväksi. Noin kymmenesosa potilaista arvioi vuorovaikutuksen olevan ajoittain autoritaarista, yksisuuntaista ja rutiininomaista. Terveystenhoitohenkilöstö osoitti usein kiinnostusta potilaan ohjaukseen, mutta eivät muuttaneet ohjauksensa tyyliä. Vuorovaikutus loi ohjauksen ilmapiirin ja ne yhdessä vaikuttivat potilaan oppimiseen. Potilaat toivoivat enemmän vuorovaikutuksen vastavuoroisuuden huomioimista ohjauksessa, mahdollisuutta keskusteluun ja sosiaalisen tuen saamiseen ohjaajalta. Omahoitoa tukevana potilaat kokivat ohjaukseen jälkeen liitetyt tapaamiset hoitohenkilökunnan kanssa. Iäkkään potilaan ohjauksessa tarvittiin vuorovaikutusta enemmän kuin muiden potilasryhmien kohdalla. Ohjaajan positiivinen asennoituminen iäkkään potilaan ohjaukseen ja ohjaajien vaihtumattomuus tukivat iäkkäiden oppimista ja omahoitoa.

Hoitohenkilökunta arvioi vuorovaikutustaitonsa ohjaustaitojensa vahvimmaksi osa-alueeksi. Hoitajat kokivat vuorovaikutuksensa olevan vastavuoroista ja osaavansa huomioida myös potilaan nonverbaalista viestintää. Sen sijaan ohjatun asian oppimista osattiin arvioida puutteellisesti. Samoin ei osattu arvioida riittävästi potilaiden ohjausta psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtimiseen. Hoitajan käyttämä aika kuvasi hyvin hänen taitojaan omahoidon tukemisessa.

5.4 Ohjauksen riittävyys

Yläluokka, ohjauksen riittävyyden laatua analysoitiin opinnäytetyössä sairaalakäynnin aikana. Ohjauksen riittävyys ennen sairaalaan tuloa rajattiin pois.

Alaluokka, sairauden hoidon ohjauksen riittävyys oli potilaiden arvioimana toteutunut hyvin (90 %). Ohjausta toivottiin enemmän lääkityksestä ja sen sivuvaikutuksista sekä sairauden vaaratekijöistä ja syistä. Potilaat olisivat kaivanneet enemmän ohjausta

myös sairauden merkityksestä arkielämään ja ennusteeseen. Laadukkaalla ja monipuolisella ohjauksella oli merkitystä potilaan terveyskäyttäytymiseen, mutta pysyvien elintapamuutosten aikaansaamiseksi potilaat tarvitsivat ohjauksen jälkeenkin jatkuvaa hoitohenkilökunnan tukea. Erilaisten omahoito-ohjelmien kehittäminen paransi ja tuki potilaiden selviytymistä sairautensa kanssa arkielämässä. Ohjauksen systemaattinen kirjaaminen tukevat jatkuvuutta myös potilaan omahoidon aikana. Jatkossa tapaamiset potilaan kanssa muodostuivat enemmän omahoitoa tukevaksi, kun pystyttiin etene-
mään aikaisemman pohjalta.

Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen hoidon jälkeisestä voinnista. Sosiaalisen tuen alueella potilaat kokivat ohjauksen olevan riittämätöntä. Jopa neljännes potilaista koki ohjauksen puutteelliseksi. Ohjausta toivottiin enemmän tukiryhmistä ja sosiaalietuuksista sairauteen liittyen. Sosiaalisen ohjauksen parantamiseksi tarvitaan tulevaisuudessa enemmän moniammatillista ryhmätyötä.

Hoitohenkilökunnan arvioinneissa tuli esille, että vähintään tunnin ohjaukseen käyttäneet hoitajat antoivat potilaslähtöisempää ohjausta, ottivat potilaan mukaan suunnittelemaan ja arvioimaan ohjausta sekä motivoivat omahoitoon.

5.5 Ohjuksen hyödyt pitkäaikaissairaille potilaille

Yläluokka, ohjauksen hyödyistä pitkäaikaissairaille kuvasivat ohjauksen potilaslähtöisyys, vaikutus sairauden omahoitoon ja elämänlaatuun sekä selviytymiseen sairauden kanssa.

Alaluokka, ohjauksen vaikutus paransi merkittävästi sairauden omahoitoa. Potilaslähtöistä ohjausta saaneet potilaat arvioivat vaikutukset hyviksi. Ohjaus lisäsi sitoutumista lääkitykseen. Potilaiden ymmärrys sairaudestaan parani ja samalla päivittäinen elämä helpottui.

Alaluokka, pitkäaikaissairaiden asenteita sairauttaan kohtaan ohjaus muutti toiveikkaammiksi, jolloin heidän hyvinvoinnin tunne ja elämänlaatu paranivat. Sen sijaan lääkät potilaat arvioivat ohjauksella olleen vähemmän vaikutusta heidän myönteisiin asenteisiinsa sairautensa kanssa selviytymisestä.

6 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Etiikka on läsnä kaikessa ajattelussa ja toiminnassa, missä ei ole yksiselitteistä ratkaisua ja asialla on myönteisiä sekä kielteisiä piirteitä. Normatiivinen etiikka on toimiva lähtökohta tutkimusetiikalle. Se ilmaisee aina joitakin sääntöjä ja arvoja. Tutkimusta tehtäessä normatiivisen etiikan konsekventialismi, josta käytetään myös nimitystä seurausetiikka, korostuu. Konsekventialismin arviointia tarvitaan, kun pohditaan, mitä ja miten tutkimusaiheesta kirjoitetaan. Tutkimuksen tuloksilla on aina seurauksensa. (Kuula 2013: 21 – 22.)

Tutkimusetiikka sisältää tieteen sisäisen ja ulkopuolisen etiikan. Tutkimuksen luotettavuus ja todellisuus liittyvät sisäiseen tutkimusetiikkaan. Pietarisen (2002) eettisistä vaatimuksista korostuvat tutkijan tunnollisuus ja rehellisyys, tutkimuksen loukkaamattomuus ja sosiaalinen vastuu tuloksista. Sisäinen etiikka sisältää myös tiedeyhteisön yleisten lakien ja säännösten noudattamisen sekä tulosten raportoinnin. Tutkimuksen ulkopuoliseen etiikkaan liittyvät, miten aihe valitaan ja tutkitaan sekä suhteet esim. rahoittajiin (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 211 – 212, 217).

Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaa eettisesti Helsingin julistus (1964) sekä American Nurses Association (ANA), joka on julkaissut vuonna 1995 hoitotieteelliseen tutkimukseen yhdeksän periaatetta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 217.)

Hoitotiede sisältää paljon kokemuseräistä tutkimusta, joka kuvaa, miten ja miksi asiat ovat näin. Vastausta siihen, miten asioiden pitäisi olla, ne eivät anna. Tutkimukseen kuten kaikkeen toimintaan liittyy aina tahto. Tieto ja kokemus eivät yksin perustele tahdon oikeutusta, vaan siihen kuuluu aina myös eettinen harkinta. Eettinen ajattelu johtaa arvojen ja päämäärien pohdintaan. Tutkimuksen tekemisessä on tärkeää selvittää, mitä oikeastaan halutaan. (ETENE 2011: 10.)

Tieteellisen tutkimuksen tekijää sitoo kirjoittamansa tekstin plagioimattomuus, jolloin toisen tekstiä ei saa käyttää omanaan tai ilman lähdeviitteitä. Myöskään tutkimuksen tuloksia ei saa kirjoittaa ilman niihin perustuvaa tutkimusaineistoa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 172, 175 – 176, 182.)

Analysoitujen tutkimusten aineisto oli koottu tutkimusluvan ja osallistujien vapaaehtoisuuteen perustuen. Alkuperäiset aineistot säilytettiin ja hävitettiin asianmukaisella ta-

valla tutkimusten valmistumisen jälkeen. Opinnäytetyön analysoinnissa pyrittiin eettisyyteen eli hyvään laatuun laatimalla suunnitelma työn toteutusta varten ja jokaisen vaiheen kirjaamisella. Aineistoon otettiin mukaan sekä ohjaajien että potilaiden arvioita laadukkaasta ohjauksesta. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata ryhmäohjaukseen vaikuttavia tekijöitä, ei niiden asettaminen järjestykseen. Englanninkielisten tutkimusartikkeleiden pelkistyksissä pyrittiin kääntämällä tekstin isompia kokonaisuuksia löytämään asian ydin ja ilmaisemaan se yksinkertaisesti. Suomenkielisten tutkimusten alkuperäisilmaisut ovat suoraan analysoiduista teksteistä, joten potilaiden ja hoitohenkilökunnan anonyymisyys säilyi.

Objektiivisuus syntyy, kun tutkija huomioi oman subjektiivisuutensa merkityksen. Todellisuudessa täysin objektiivisia havaintoja ei ole olemassa. Tutkimusmenetelmä on tutkijan valitsema ja vaikuttaa saataviin tuloksiin. Tutkimuksen objektiivisuuden kannalta tiedon keruu on merkityksellinen saatavien tulosten luotettavuudelle. Väärästä aineistosta ja käsitteistä ei saada millään menetelmällä luotettavaa tutkimustulosta tutkimuskysymyksiin. (Kananen 2008: 121 – 122.) Analysoinnissa pyrittiin pitämään teoreettinen käsitys tutkimustyöstä ja tulosten luonteesta. Tavoitteena oli säilyttää kriittinen ja objektiivinen tutkimusasenne. Opinnäytetyön eettisyyteen sisältyy myös tieteen julkisuus eli saatujen tulosten raportointi niin, että käsiteltyä aihetta pystytään kehittämään eteenpäin. Työssä on pyritty esittämään mahdolliset puutteet ja hyviksi koetut asiat arvioijien ilmaisemina. Tekijä on tietoisesti rajannut pois omat ja kuulemansa kokemukset ohjauksista joko ohjaajan tai ohjattavan näkökulmasta. Opinnäytetööhön koottiin ohjaustilanteissa todellisuudessa ilmeneviä tekijöitä, jotta tuloksista saataisiin puolueettomia.

Tuomen ja Sarajärven (2009: 134) mukaan laadullisen tutkimuksen validiteetissa eli luotettavuudessa on yksinkertaistettuna kysymys totuudesta ja objektiivisesta tiedosta. Opinnäytetyön luotettavuutta tarkasteltiin onko työssä analysoitu, mitä oli tarkoitus. Sisällön analyysissä ja tuloksissa pyrittiin johdonmukaisuuteen. Ensimmäiseksi tutustuttiin käsitteisiin potilas- ja ryhmäohjaus. Luotettavuuteen pyrittiin määrittelemällä käsitteet ja tutkimuskysymykset mahdollisimman yksinkertaisesti ja selkeästi. Tavoitteena oli muodostaa ne vastaamaan toisiaan lisäten työn sisäistä luotettavuutta ja toistettavuutta muissa aiheeseen liittyvissä tutkimuksissa. Kirjallisuuskatsausta varten tehtiin useita hakuja ja täydennettiin käsihaulla. Analysoitaviksi väitöskirjoiksi ja tutkimusartikkeleiksi valittiin uusinta näyttöön perustuvaa tutkimustietoa sisältävät, jotka täyttivät valintakriteerit. Arvioita ohjauksen laadusta koottiin sekä potilaiden että hoitajien koke-

mina. Näin pyrittiin lisäämään potilasohjauksen kuvausta todenmukaisesti. Analysoitava aineisto luettiin ensin kokonaisuudessaan läpi. Tämän jälkeen se luettiin uudelleen tarkemmin analyysin osalta samalla poimien kaikkia ohjauksen laatuun liittyviä tekijöitä. Aineiston analyysi tehtiin induktiivisesti.

Klusteroinnissa ja absrahoinnissa pyrittiin objektiivisuuteen tiedostamalla tekijän subjektiivinen näkökulma ja tekemällä pelkistyksistä mahdollisimman yksinkertaisia. Pätevyyteen pyrittiin hyödyntämällä analysoijan aikaisempaa teoriatietoa ohjausmenetelmistä ja ohjauksista. Yläluokkien muodostamisessa pyrittiin yhdistämään toisiinsa liittyvät alaluokat loogisesti ja johdonmukaisesti. Tavoitteena oli löytää muutama selkeä ja kattava yläluokka potilasohjauksen lähtökohdaksi. Tutkimustulokset pyrittiin kuvaamaan yksinkertaisesti, jotta niitä pystytään arvioimaan. Johtopäätöksissä on mukana myös tekijän tulkintoja tuloksista. Vastauksia tutkimuskysymyksiin yritettiin löytää johtopäätösten avulla.

Määrältään opinnäytetyön aineisto on suppea, mutta väitöskirjoissa ohjausta oli analysoitu koko aineisto tilastollisia menetelmiä hyödyntäen. Opinnäytetyössä aineistoa käsiteltiin yleisesti erittelemättä, minkä luonteisesta ohjauksesta oli kysymys. Monet ryhmäohjaukseen vaikuttavat tekijät ovat kuitenkin samoja kuin yksilöohjauksessakin. Soveltaen tilanteen mukaan opinnäytetyön tuloksia voidaan pitää luotettavina myös ryhmäohjauksessa.

Rehabiliteetti eli tulosten toistettavuus oli opinnäytetyössä ongelmallinen kahdesta syystä. Ensinnäkin analysoidut tutkimusartikkelit käsittelivät yleisesti potilaan ohjausta. Pelkästään ryhmäohjaamisen näyttöön perustuvaa tutkittua aineistoa ei analysoitu, koska Suomessa hoitotyön tutkimus aiheesta on vasta alussa. Toiseksi jokainen ohjaustilanne on ainutkertainen tapahtuma eikä voida muodostaa vain yhtä ohjauksen formaattia. Ryhmäohjauksen kehittämisessä onkin tärkeämpää koota toimivia ohjausmalleja eri potilasryhmille. Mallien toistettavuutta voidaan parantaa muodostamalla mahdollisimman homogeenisia ryhmiä ohjaukseen esim. potilaiden iän mukaan. Myös käyttäjälle kuuluu vastuu tulosten hyödynnettävyyden arvioimisesta.

7 Pohdinta

Opinnäytetyön aihe on tärkeä ja ajankohtainen. Terveysthuollossa ollaan yhä enemmän siirtymässä laitoshoidosta avohoitoon, jolloin potilaan omahoidolla on merkittävä osa hoidon onnistumisessa. Tarve potilasohjaukseen kasvaa koko ajan ja ryhmäohjauksen käyttö tulee kasvamaan. Avohoidossa hoitohenkilökunnalle siirtyy yhä enemmän potilaiden ohjaus omahoitoon, jolloin lääkäreiden resurssit voidaan suunnata potilaiden sairauksien akuuttivaiheiden hoitoon. Myös potilaiden jatko-hoidon seuranta tulee aikaisempaa useammin hoitohenkilökunnan tehtäväksi.

7.1 Tulosten pohdinta

Hoitohenkilökunnan koulutusta potilasohjaukseen tarvitaan monipuolisemmin kuin aikaisemmin. Ryhmäohjausta käytetään vielä vähän, vaikka sen vaikutus pitkäaikaissairaiden omahoidon onnistumiseen on todettu tehokkaaksi intervention muodoksi. Myös audiovisuaalisten apuvälineiden ja internetin merkitys ohjauksessa lisääntyy. Hoitohenkilökunnan tiedot ja taidot yhdistettynä monipuolisempaan ohjausosaamiseen ovat potilasohjauksen laadulle merkityksellisiä. Ohjausosaamista tulisi kehittää siten, että voidaan hyödyntää useampaa menetelmää samanaikaisesti. Terveysthuoltohenkilöstön peruskoulutuksessa tulee kehittää ja lisätä potilasohjauksen opetusta. Koulutuksessa tulisi painottaa eri ohjausprosessin vaiheiden opettamista. Potilasohjauksen asiasisällön osaamisen lisäksi tulisi koulutusta kehittää taitoihin tehdä päätöksiä potilaan ohjaustarpeesta ja suunnitella sen mukaan potilaslähtöisempiä ohjauksia. Myös ohjausmenetelmien hallitsemiseen ja niiden tehokkaaseen yhdistämiseen sekä internetin hyödynnettävyyden osaamiseen tarvitaan enemmän käytännön harjoittelua.

Tehokkaan ohjauksen perustana on potilaslähtöisyys ja vuorovaikutus. Vuorovaikutustaitojen opetuksessa tulee painottaa ohjaustilanteen vastavuoroisuutta. Koulutuksessa tulisi opettaa dialogista vuorovaikutuksen osaamista aikaisemman asiantuntijalähtöisen sijasta kaikissa ohjausmenetelmissä. Hyvään vastavuoroisuuteen perustuva ohjaus lisää potilaan aktiivisuutta hoitoaan kohtaan ja parantaa sitoutumista omahoitoon.

Ohjauksella tullee olla päämäärä ja tavoitteet eikä se saisi olla rutiininomaista. Kun ohjaus on tavoitteellista, sitä pystytään myös arvioimaan. Potilaan ottaminen aktiivisesti mukaan ohjausprosessin suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin pystytään kehittämään potilasohjausta laadukkaammaksi. Ohjaukseen tarvitaan enemmän suunnittelua ohjattavien konteksti huomioiden. Eri potilasryhmille tarvitaan niille ”räätälöityjä” ohjauksia. Antikoagutaatio hoidossa omahoitoon siirtyvät potilaat ovat taustoiltaan erilaisia ja ikäisiä. Esimerkiksi lääkehoidon opettamisessa tämä seikka olisi hyvä huomioida jo suunnitteluvaiheessa. Miten opettaa iäkkäälle lääkematematiikkaa?

Laadukas potilasohjaus vaikuttaa potilaiden omahoidon toteutumiseen ja hoitoon sitoutumiseen. Ohjauksen tarkoitus on antaa potilaalle valmiuksia selviytymiseen kotona sairauden kanssa. Tavoitteena on suunnitellun hoidon jatkuminen. Potilaat kokivat ohjauksen kertaamisen ja toiston tärkeäksi omahoidon omaksumisessa. Myös kontaktien jatkuminen hoitohenkilökuntaan, esimerkiksi säännöllisten ryhmätapaamisten muodossa voimaannutti ja lisäsi turvallisuutta omahoitoon potilailla. Potilasohjaus on onnistunut, kun se on saavuttanut siihen osallistuneiden oppimisen, potilaiden terveyden edistämisen sekä tarvittavat kansantalouden säästöt.

Ohjauksen kirjaaminen on juridinen todiste potilaan saamasta hoitosuosituksen mukaisesta hoidosta. Hoidon jatkuvuus edellyttää systemaattista kirjaamista potilaiden hoitokertomukseen myös ohjauksen osalta, jotta ohjausmenetelmiä voidaan toistaa ja käyttää myös kliinisessä työssä. Kirjaamista onkin kehitettävä ja käytäntöä yhtenäistettävä. Tällä tavoin ohjausta pystytään kehittämään ja kohdentamaan tehokkaammin potilaille sopivaksi sekä saadaan empiiristä aineistoa ohjauksen tutkimuksiin. Kirjaamisessa tulisi huomioida kaikki ohjausprosessin vaiheet, etenkin tavoitteet ja siihen perustuva arviointi.

Potilasohjaukseen liittyvien käsitteiden yksiselitteiset määrittelyt puuttuvat, jolloin hoitotieteen tietoperustan kehittäminen ja viestintä vaikeutuu. Selkeät käsitteet helpottavat ohjauksen ominaisuuksien tunnistamista ja soveltamista käytäntöön sekä toimivan kirjausmenetelmän luomisessa. Ohjaus ja hoitotyö perustuvat laajalti havaintoihin. Käsitteenä ohjaus on muuttuva, kontekstisidonnainen ja liikkeessä oleva, jolle ei ole olemassa yksiselitteistä mittaria.

Potilasohjauksessa tarvittavien resurssien osalta on monenlaista paranneltavaa. Ryhmäohjauksen tila tulisi olla tarkoituksenmukaisesti varusteltu monen potilaan samana-

kaiseen ohjaukseen huomioiden myös iäkkäiden mahdolliset kognitiiviset muutokset. Ryhmäohjauksessa ryhmän kokoon kannattaa kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota kustannustehokkuuden sijaan. Ohjauksen laadukkuus huononee suhteessa taloudelliseen säästöön. Tilaa ja välineitä tarvitaan enemmän ja monipuolisemmin demonstraatioihin sekä käytännön harjoitteluun. Selkeät ja yksinkertaiset kirjalliset ohjeet tuli olla aina saatavilla, koska potilaat kokevat ne merkitykselliseksi osaksi omahoitoa. Tämän seurauksena hoitohenkilökunnalla tulisi olla enemmän aikaa ryhmäohjauksen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Myös ryhmän kanssa keskusteluun olisi varattava oma aikansa, koska sillä on merkitystä potilaiden omahoidon onnistumiseen jatkossa. Aikaisempien tulosten perusteella laadukas ohjaus vaatii paljon enemmän aikaa kuin siihen tällä hetkellä varataan esimerkiksi terveyskeskuksissa.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut monella tavalla haastavaa. Ammatillinen kasvu on jatkuva oppimisprosessi, joka sisältää myös ammattitaitovaatimusten edellyttämien tietojen ja taitojen sisäistämisen. Työn tekemisessä on pystynyt monipuolisesti hyödyntämään aikaisemmin opetettuja asioita.

Aihe on ollut kiinnostava ja työn edetessä aina vain laajeneva. Uutta materiaalia ja tietoa on tullut aiheen sisäistämisen jälkeen usein esille. Opinnäytetyön tekeminen on osoittanut, miten tärkeää on tutkimuksiin perustuva tieto hoitotyön kehittämiseksi ja, miten paljon näyttöön perustuvaa tietoa tarvitaan lisää. Jokainen sairaanhoitaja voi työssään viedä hoitotyötä eteenpäin. Sairaanhoitajan työ ei ole pelkästään suoritteita potilaan hoitamiseksi.

7.2 Ohjauksen jatkotutkimuskohteita

Tutkimuksia potilaslähtöisen ohjaukseen vaikuttavista tekijöistä tarvitaan lisää, jota tietoa voidaan hyödyntää koulutusta ja käytännön kirjaamista kehitettäessä edelleen. Opinnäytetyötä tehdessäni tuli mieleen, että olisi hyödyllistä tutkia ohjausta myös toisia tieteenaloja hyödyntäen esimerkiksi psykologian näkökulmasta. Näin saataisiin uusia ohjaukseen vaikuttavia tekijöitä esille ja voitaisiin kehittää sitä paremmin eri potilasryhmille sopiviksi.

Ryhmäohjausta käytetään vielä vähän, mutta se on todettu hyvin toimivaksi esimerkiksi pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidossa ja omahoidossa. Heillä hoitoprosessit ovat pitkäaikaisia ja useita sairaalakäyntejä vaativia. Ohjausinterventioiden antaminen mo-

ninkertaistuu ja monipuolistuu, kun kehitetään esimerkiksi ohjauksen malleja vastaanottojen odotustiloihin. Myös eräänä jatkotutkimuksen aiheena tulee varmaan olemaan saaduista tutkimustuloksista esiin tulleiden ongelmakohtien edelleen ratkaiseminen ja niiden avulla koulutuksen kehittäminen hyödyntämään käytettävissä olevia apuvälineitä.

7.3 Opinnäytetyön merkitys

Opinnäytetyö osoitti hyvin ryhmä- ja yksilöohjauksen olevan merkityksellistä hoidon laadun sekä tehokkuuden että kansantalouden kannalta. Potilasohjauksen kehittäminen on vasta alkamassa. Opinnäytetyö työ kokosi osan ohjaajien ja potilaiden arvioita toteutuneen ohjauksen laadusta. Tulosten perusteella voidaan todeta, että ohjausta tulisi kehittää systemaattisesti käsitteistä lähtien. Määritellyt käsitteet mahdollistavat yhtenäisen kirjaamiskäytännön sekä sen hyödyntämisen. Tuloksellinen ohjaus tulisi laatia suunnitelmallisesti ja prosessiluonteisesti.

Koulutusta ohjaukseen tarvitaan jo perusopinnoista lähtien, mutta myös työpaikoilla ohjauksen antajille. Opinnäytetyön tulosten perusteella ohjaus voidaan jakaa materiaaliin resursseihin, tiedollisen ja taidollisen osaamisen tilannesidonnaiseen hyödyntämiseen sekä sosiaalisten vuorovaikutustaitojen monipuolisempaan osaamiseen. Mielestäni työn avulla saa karkean jaon ohjauksen osatekijöistä, joita voi lähteä kehittämään edelleen deduktiivisesti. Ohjaukseen tarvitaan enemmän teoreettista pohjaa huomioiden läheiset muut tieteen alat, esimerkiksi käyttäytymistieteet.

Odotukset ohjauksen laadusta ja toteutumisesta olivat usein erilaiset kysyttiinkö sitä ohjaajilta vai potilailta. Opinnäytetyö osoitti mielestäni hyvin sen, kuinka tärkeää on ottaa potilas mukaan suunnitteluun jo alkuvaiheessa, myös ryhmäohjausta annettaessa. Ryhmässä ohjausprosessin toteutus tulee tehdä osallistujien kanssa sen koko ja rakenne huomioiden. Erityyppiset ryhmät tarvitsevat erilaisen ohjauksen samastakin aiheesta. Työ osoittikin kuinka, esimerkiksi iäkkäiden kyvyt omaksua ohjausta ja odotukset siitä, olivat merkityksellisiä laadukkaalle ohjaukselle.

Opinnäytetyö kuvailee arvioiden avulla annettua ohjausta, jota tietenkin pitää tutkia lisää. Myös empiiristä tutkimusta tarvitaan, eli mitä ohjaustilanteissa todella tapahtuu. Molemmilla tutkimusmenetelmillä saatujen tulosten kokoaminen yhteen antaa arvokasta tietoa ohjausprosessin ja koulutuksen kehittämiseksi.

Lähteet

ETENEn julkaisut 2011

><http://www.etene.fi/julkaisut><

Feste, C – Anderson, RM 1995 Empowerment from philosophy to practice. Patient Education & Counseling (1-3)

<http://nsq.sagepub.com/content/14/1/55>.

Terveysportti 2011. Potilasohjeet

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50051?hakusana=antikoa_gulaatio_hoito>.Päivitetty 2011. Luettu 24.4.2012

<http://www.terveysportti.fi/dtk/pot/koti> Luettu 4.5.2012.

Johansson, Kirsi 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A. Turun yliopisto.

Joutsu-Korhonen, Lotta – Lassila, Riitta - Savolainen, Eeva-Riitta 2010. Varfariinihoidon INR – seuranta vieritestauksena: uusi kansallinen suositus. Suomen lääkärilehti – Finlands läkartidning 65 (42).

Kaakinen, Pirjo 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Oulun Yliopiston tutkijakoulu. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen itedekunta. Terveystieteiden laitos. Hoitotiede Oulu.

Kananen, Jorma 2008. KVALI Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän yliopistopaino.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen 2013. Tutkimushoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro

Kettunen, Tarja – Poskiparta, Marita – Karhila, Päivi 2002. Voimavarakeskeinen neuvonta keskustelu. Hoitotiede 4 (5).

Kivistö, Katja – Johansson, Kirsi – Virtanen, Heli – Rankinen, Sirkku - Leino-Kilpi, Helena 2009. Asiakkaan voimavaraistumista tukeva terveysneuvonta työterveyshoitajan työssä. Hoitotiede 21 (1) 13

Kuula, Arja 2013. Tutkimusetiikka aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 3. painos. Vantaa: Hansaprint Oy

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima OY.

Kyngäs, Helvi - Kääriäinen, Maria - Poskiparta, Marita - Johansson, Kirsti. - Hirvonen, Eila - Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy .

Kyngäs, Helvi – Hentinen, Maija. 2007. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kääriäinen, Maria - Kyngäs, Helvi 2005. Käsitemallin ohjaus- käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 17 (5).

Kääriäinen, Maria - Kyngäs, Helvi 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. Hoitotiede 17 (4).

Kääriäinen, Maria – Lahdenperä, Tiina - Kyngäs, Helvi 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö 3 (3).

Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. Oulu.

Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi – Ukkola, Liisa - Torppa, Kaarina 2006 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kyselytutkimus ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede 18 (1)1.

Laine, Anne 2005. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Marevan® -lääkehoito kotihoidossa : Ikääntyvän asiakkaan tiedot Marevan® -lääkehoidostaan ja kokemuksia siihen liittyvästä lääkehoidon ohjauksesta Tekijä: Matero, Elina - Seppänen, Jonna 2006. Luettu 11.3.2012.

Marttila, Jukka 2010. Matkalla – Näkökulmia ryhmäohjaukseen. Diabetes ja lääkäri. syyskuu.

Niemi, Terttu – Nietosvuori, Leena – Virikko, Helena 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita.

Puhakka Jaana (toim.) 2011. Antikoagulanttihoito käsikirja: ohjeistus varfariinihoidon toteutuksesta Helsinki. Terveystieteiden tutkimuskeskus.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/abe458f9-362b-47bc-abec-9118c09de010>. Luettu 5.3.2012.

Puhakka, Jaana 2010. Antikoagulantti ? Toimintamalleja tehokkaan, joustavan varfariinihoidon toteuttamiseksi.

Prochaska JO, DiClemente CC (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. Progress in Behavior Modification 28:183-218.

Routsalo, Pirkko – Airaksinen, Maria – Mäntyranta, Taina – Pitkälä, Kaisu 2010. Pitkäaikaissairaanhoidon opastus. Suomen Lääkärilehti 21 (65).

Routasalo, Pirkko – Pitkälä, Kaisu 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 5- 7

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.> <https://www.sairaanhoitajaliitto.fi> <. Luettu 13.4.2014.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuorila, Helena 2013. Potilaan voimaantuminen ei horjuta vaan tukee asiantuntijaa. Duodecim; 129: 666-671.

Tuukka, Helin 2012. INR- seurannan toteutuminen HUS- alueen perusterveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti.

Tiedonhaku: Kirjallisuuskatsaus ja analysoitavat tutkimukset sekä artikkelit

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Otsikon perusteella	Tiivistelmän perusteella	Valitut	
MEDIC	ohjaaminen hyvä AND potil* ryhmälle AND hoitot*	22	22	1	1	
	potilaan AND hoitoon sitoutuminen AND ohjaus	10	10	2	2	
EBSCO (Cinahl) Advanced search	antigoukul* AND diversion AND teaching AND patient AND groups	520	40	1	1	
MEDLINE OVID	teaching AND selfcare	10	10	6	6	
MEDLINE OVID	teachings AND methods AND patients AND groups AND nursing AND 2007-	10054	20	5	5	
ALAN LEHTIEN TIE-TOKANNAT	vapaa sanahaku				9	
KÄSIHAKU mm. lähde-luetteloista ja Nelli-tiedonhaku-portaalista					13	

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Valitut
Käsihaulla	vapaa sa- nahaku	2	2	2	2
MEDLINE OVID JBI	patient AND selfcare AND chronic dis- ease AND advice AND counselling AND group AND nurse AND rele- vans *** or more AND < 5 years	1059 11	 11	 11	 1
CHINADL	patient AND selfcare AND chronic disease AND advice AND coun- selling AND group AND 2005- ANED full text AND 65 years and older	63	 41 11	 11	 1
CHINADL	patient AND chronic dis- ease AND advice AND 65 years of older AND counselling AND patient edication	538 89 22 3	 3	 3	 1

Tieteelliset tutkimukset ja artikkelit

Tekijä/ tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimustyyppi tutkimusasetelma	Aineisto/ menetelmä
<p>Kääriäinen, Maria 2007</p> <p>Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen (1)</p>	<p>I vaihe: kuvata ja selittää ohjauksen laatua potilaiden ja hoito-henkilöstön arvioimana</p> <p>II vaihe: määritellä ohjauksen – käsite ja testata sen rakenne</p>	<p>Survey – tutkimus retrospektiivinen poikittaistutkimus</p> <p>kaksi strukturoitua mittaria</p>	<p>Marras- tammikuu 2003 - 2004 Oulun Yliopistollinen sairaala potilaat (N=21 624) joista 10 % hoito-henkilöstö (N= 1 671) joista 80 %</p> <p>monimuuttujamenetelmä, Likertin - asteikko semanttinen differentiaaliasteikko</p>
<p>Kaakinen, Pirjo 2013</p> <p>Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa (3)</p>	<p>I osatutkimus: kuvata pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen tunnuspiirteitä kirjallisuuskatsauksen avulla</p> <p>II osavaihe: kuvata ja ennustaa ohjauksen laatua pitkäaikaissairaiden aikuisten arvioimana</p> <p>III osavaihe: kuvata pitkäaikaissairaiden potilaiden ohjauksen laatua kirjaamisen perusteella</p>		<p>Touko – syyskuu 2010 Yliopistollisessa- ja keskussairaalassa hoidettavana olleet potilaat Yliopistollisesta sairaalasta 7 osastoa ja poliklinikka keskussairaalasta 4 osastoa ja poliklinikka</p> <p>I osatutkimus: integroitu kirjallisuuskatsaus, narratiivinen lähestymistapa</p> <p>II osatutkimus: tilastolliset perus- ja monimuuttujamenetelmä</p> <p>III osatutkimus: deduktiivis – induktiivinen sisällönanalyysi</p>

<p>Isola, Arja Backman, Kaisa Saarnio, Reetta Kääriäinen, Maria Kyingäs, Helvi Hoitotiede 2007</p> <p>lääkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksessa erikoissairaanhoidossa Artikkeli on osaa laajempaa tutkimus- ja kehityksaineistoa (2)</p>	<p>kuvata, miten iäkkäät potilaat kokevat erikoissairaanhoidossa potilaan ohjauksen edellytykset ja ohjaustoiminnan sekä potilasohjauksen hyödyn</p>		<p>Marraskuu 2003 tammikuu 2004</p> <p>Koko tutkimuksessa (N= 2 071) potilaat valittiin sairaaloiden osastot ja poliklinikat systemaattisella satunnaisotoksella, niiden suhteellisten kiintiöiden perusteella Tämän tutkimuksen aineisto oli yli 65-vuotiaat kotiutumassa olevat potilaat (N= 203).</p> <p>kyselylomake, joka perustui koko tutkimuksen laajaan kirjallisuuskatsaukseen, potilas täytti lomakkeen itse</p> <p>aineisto käsiteltiin tilastollisilla menetelmillä, ristiintaulukoinnissa käytettiin Khin –neliötä.</p>
---	--	--	---

<p>Casimir, Y. E., Williams, M. M., Liang, M. Y., Pitakmong- kolkul, S. & Slyer, J. T.</p> <p>Effectiveness of patient-centered self-care educa- tion for adults with heart failure (4)</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus on yhdistää tietoa seuraavilta alueilta: sydänsairauksista kärsivän aikuispotilaan itsehoito-ohjauksen tehokkuus ja itsehoitokäyttäytyminen. Toinen tehtävä on määritellä tehokkain ohjauksellinen lähestymistapa interventioissa.</p>	<p>Systemaattinen katsaus, haut MEDLINE ja CINAHL – tietokannoista. Tuloksena 6 systemaattista katsausta, joissa aiheena oli sydänsairaudesta kärsivän potilaan ohjaus</p>	<p>Paljon erilaisia mukautuskriteereitä, mm. potilaan taustatiedot, interventiotyyppi, sydänsairauden laatu, tutkimustyyppi</p>
---	---	--	---

<p>Sookhoo, D., Pellowe, C. & Derham, C.</p> <p>The experiences of heart failure patients following their participation in self-management patient education programmes (5)</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus on yhdistää tietoa itsehoidon koulutukseen osallistuneiden sydänpotilaiden kokemuksista ja vaikutuksesta terveyden ylläpitämiseen</p>	<p>Kohderyhmä</p> <p>Tutkimustyyppi: Tulkinnalliset ja kriittiset kvalitatiiviset tutkimukset, monimetodisista otettiin huomioon vain kvalitatiivinen (laadullinen) data. Englanninkieliset tutkimukset, vuosilta 2000-2011. Tutkimuksista 4 USAssa ja Kanadassa, yksi Britanniasta, yksi Ruotsista, yksi Irlannista ja yksi Hong Kongista.</p>	<p>Aineisto</p> <p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jonka tuloksena valikoitui kahdeksan tutkimusta. 47 tutkimusta jätettiin pois. Tietokannat, joista etsittiin julkaistuja tutkimuksia: MEDLINE, CINAHL, Academic Search Elite ja PsycINFO. Tietokannat, joista etsittiin julkaisemattomia tutkimuksia: Helathtalkonline, BHF database, Pre-Medicine ja AHRQ</p>
---	--	---	---

Tutkimusten ja artikkeleiden sisällön analyysitaulukot.

Taulukko 1. Ryhmäohjausta edistävät tekijät

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
"ikääntyneet (yli 65-vuotiaat) pitivät ohjauksen toimintamahdollisuuksia työikäisempiä parempina" (1)	ikä korreloi positiivisesti ohjauksen toimintamahdollisuuksiin	potilaan taustatekijät	ohjauksen resurssit
"perusasteen koulutuksen saaneet pitivät ohjauksen toimintamahdollisuuksia keskiasteen käyneitä parempina" (1)	koulutuksen määrä korreloi ohjauksen toimintamahdollisuuksiin		
"poliklinikalla käyneet arvioivat ohjauksen toimintamahdollisuudet paremmiksi" (1)	käynnin luonne korreloi positiivisesti ohjauksen toimintamahdollisuuksiin		
"ohjauksen toimintamahdollisuuksia kolme neljästä hoitohenkilökunnasta piti hyvinä" (1)	suurin osa hoitohenkilökunnasta piti ohjauksen toimintamahdollisuuksia hyvinä	ohjauksen tilat, käytävä aika ja toimintamahdollisuudet	
"oli hyvää osallistuvan työyhteisön toimivuus, mahdollisuus kehittää ohjausta, ohjausmateriaalin ja tutkimustiedon saatavuus sekä koulutus ohjauksessa tarvittavan välineistön käyttöön" (1)	hoitohenkilökunnan yhteistyö, tarvittavan materiaalin ajanmukaisuus sekä koulutus ohjaukseen ja välineiden käyttöön edistivät ohjausta		
"nuoret ja työikäiset arvioivat ohjaustilat asianmukaisemmiksi kuin ikääntyneet" (1)	nuoret ja työikäiset sopeutuivat erilaisiin ohjaustiloihin		
"kaipasivat enemmän kuitenkin kiireettömyyttä, inhimillisyyttä, ohjaajan antamaa kannustusta" (2)	iäkkäät potilaat tarvitsevat kiireettömyyttä ja enemmän huomiointia		
"toistettavuudella ja ajoituksella tuetaan iäkkäiden lääkehoitoon sitoutumista" (2)	ohjauksen toistettavuus auttaa iäkästä potilasta oppimaan	ohjausmenetelmät	
"ohjauksen kiinnittäminen esim. iäkkään elämään parantavat ohjauksen laatua" (2)	ohjauksen konkretisoiminen arkipäivään		
"hyviä ohjaustaitoja selittivät hoitohenkilöstön tiedot, potilaslähtöinen ohjaustoiminta, ohjausmenetelmien hallinta, ohjauksen toimintamahdollisuudet ja ohjaukseen käytetty aika" (1)	hyvät ohjaustaidot perustuvat tietoihin, potilaslähtöiseen ohjaukseen ja ohjausmenetelmien hallintaan		
"Cognitive-behavioral interventions were....efficacy of augmenting standard heart failure patient education." (4)	kognitiivis-behavioristiset interventiot olivat useimmin käytetty menetelmä itsehoiton parantamisessa		

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
"hoitohenkilöstön tiedot olivat kokonaisuudessaan vajaalla kahdella kolmanneksella hyvät, kolmanneksella tyydyttävät ja 3 %:lla huonot" (1)	hoitajien arvion mukaan tiedot olivat vähintään tyydyttävällä tasolla yli 90 %:lla hoitohenkilökunnasta		
"aikuismainen kohtelu ja vastausten saaminen omiin ja omaisten kysymyksiin toi tunteen kohtelusta ihmisenä" (3)	molemmipuolinen ilmapiiri luo positiivisen ilmapiirin	ilmapiiri ja vuorovaikutus	potilaslähtöisen ohjauksen toteuttaminen
"arvioivat vaikuttaneen heidän itsehoitoonsa ja asenteisiin" (3)	potilaslähtöinen ohjaus tukee potilaan omahoitoa ja nostaa elämänlaatua		
"ohjaajan vuorovaikutustaidot vaikuttavat ohjaustilanteen ilmapiiriin onnistumiseen" (2)	iäkäs potilas otetaan vuorovaikutuksen avulla aktiivisesti mukaan hoitoonsa		
"vuorovaikutustilanteissa korostuu iäkkään kunnioittaminen, tiedonannon rehellisyys, yksilöllisyys, huumorinkäyttö ja aito kuunteleminen" (2)	vuorovaikutuksessa iäkkään potilaan kanssa korostuu yksilöllinen huomiointi		
"sekä riittävä vuorovaikutuksen määrä" (2)	ohjaajan positiivinen asennoituminen iäkkään potilaan ohjaukseen ja samojen ohjaajien toiminta tukevat iäkkään oppimista		
"vuorovaikutusta piti valtaosa potilaista hyvänä ja kahdeksasosa huonona" (1)	vuorovaikutus tehostuu, kun potilaalla mahdollisuus keskusteluun ja tukeen		
"vuorovaikutus oli hyvää Lähes koko hoitohenkilöstön osalta" (1)	hoitajat arvioivat vuorovaikutustaitonsa hyväksi ja vastavuoroiseksi potilaan ohjauksessa		
"ohjaus sisälsi erityisesti potilaiden positiivista asennoitumista hoitoon, vastuunottoa sairauden hoidosta, itsehoitoa ja hoitoon sitoutumista" (1)	ohjauksen tavoitteena potilaan motivointi kokonaisvaltaisesti omahoitoon		
"ikäntyneet potilaat arvioivat ohjauksen vaikutukset suuremmiksi kuin työikäiset" (1)	työikäiset ja nuoret kriittisempiä ohjauksen vaikuttavuuteen		
"ohjaus sisälsi erityisesti potilaiden positiivista asennoitumista hoitoon, vastuunottoa sairauden hoidosta, itsehoitoa ja hoitoon sitoutumista" (1)	ohjauksen tavoitteena potilaan motivointi kokonaisvaltaisesti omahoitoon		

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
"hoitohenkilöstön arvioiden mukaan he antoivat potilaille mahdollisuuden kysyä, ilmaista tunteitaan ja keskustella ongelmistaan" (1)	hoitohenkilökunta kokee antavansa ohjaus vastavuoroisesti		
"vuorovaikutus oli hyvää lähes koko hoitohenkilöstön osalta" (1)	hoitajat arvioivat vuorovaikutustaitonsa hyviksi ohjauksessa		
"ikä oli yhteydessä ilmapiiriin siten, että yli 65-vuoden ikäiset arvioivat sen paremmaksi kuin nuoret" (1)	nuoret ja koulutetut arvioivat ohjauksen ilmapiiriä kriittisesti		
"Patient reported that the educative and informative processes were instrumental .. information was important to relate to healthcare professionals." (5)	itsehoito tehostui, kun ohjelmiin sisältyi tukevia tapaamisia, jotka lisäsivät potilaiden ymmärrystä ja motivaatiota muuttaa elintapojaan	ohjauksen jatkuvuus ja toistettavuus	
"Self-management programmes were useful in building patients' confidence to manage heart failure.... including medication for health maintenance." (5)	sydänsairauksista kärsiviä motivoitiin itsehoito-ohjelmiin ja omaksumaan terveellisempiä elintapoja heidän ollessaan ohjauksessa/koulutuksessa		
"The most effective means of means of delivery.... using of media on a one-to-one basis over multiple sessions." (4)	"	yksilöohjaus yhdistettynä useaan ohjauskertaan ja ryhmäohjelmiin	
"iäkkäät toivoivat yksilöllisempää ohjausta, jolloin ohjaaja olisi tietoinen potilaan huonosta kuulo- tai näkökyvystä tai huonomuistisuudesta ja huomioi tämän ohjaustilanteessa" (2)	iäkkään ohjauksen suunnittelussa ja sisällössä huomioitava kognitiiviset muutokset oppimisessa	potilaan kontekstin huomioiminen	
"iäkkäät olisivat tyytyväisiä siihen, että oli keskusteltu heidän kanssaan ohjauksen tavoitteista ja, että ohjaus oli edennyt suunnitelman mukaan" (2)	ohjauksessa iäkkäällä potilaalla mahdollisuus keskustella omista ongelmista ja ohjeiden soveltamisesta		
"valtaosa potilaista (yli 90 %)	potilaan koulutus, hoitoyksik-		

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
arvioi hoitohenkilökunnan tiedot, taidot ja asenteet hyviksi ja noin kymmenesosa huonoiksi” (1)	kö ja käynnin luonne vaikutti arviointeihin hoitajien ohjausosaamisesta ja asenteista		
”ne, joilla sairaus oli ollut yli kolme vuotta, arvioivat ohjauksen laadun kokonaisuudessaan paremmaksi kuin alle kolme vuotta sairastaneet” (1)	ohjausta arvioivat kokonaisuutena paremmaksi pidemmän aikaa sairastaneet potilaat	ohjauksen määrän merkitys sairautteen ja omahoitoon	ohjauksen riittävyys
”potilaslähtöistä ohjausta toteutti valtaosa hoitohenkilökunnasta” (1)	hoitajat arvioivat potilaslähtöisen ohjauksen huomioivan sen riittävyyden		
”ikäntyminen on yhteydessä kasvavaan tarpeeseen saada ohjausta sairauksista ja niiden hoidosta” (2)	ikäntyminen lisää tiedon tarvetta sairaudesta kokonaisuutena	perustiedon tarve sairaudesta	
”kokivat tärkeäksi tiedottaa annetun ohjauksen sisällöstä jatkohoitopaikkaan” (2)	ohjauksesta informointi jatkohoitoon lisäsi tehokkuutta ja iäkkään turvallisuuden tunnetta		
”kaksikolmannesta sai tietoa riittävästä sairaudesta” (3)	laadukas ohjaus sisältää tietoa sairaudesta monipuolisesta ja sosiaalista tukea		
”erityisesti omaisten mukanaolo ohjaustilanteissa koettiin merkityksellisenä” (3)	potilas koki omaisen mukanaolon ohjauksessa tukea antavana	ohjaus ryhmälle	
”The end of the programme was a to some patients who found it difficult to continue with healthy..... and improve their quality of life without the support of healthcare professionals.” (5)	sydänsairauksista kärsivät potilaat kokevat suurempaa luottamusta ja tilansa kontrollintia, kun osallistuvat terveydenhuollon ammattilaisten vetämiin ryhmäohjelmiin		
”The quality of relationship with staff was pivotal to experiences of patients in terms of..... what the educational programme had to offer in an effective and beneficial manner, thus lacking motivation to participate and continue with self-management of care” (5)	potilaiden mielestä oli useita positiivisia vaikutuksia, mm. vähensi eristäytymisen tunnetta, tuen saaminen muilta, motivoituminen tekemään muutoksia terveytensä suhteen, joita he eivät olisi muuten tehneet		
”People with heart failure were motivated to attend self-care programmes and... after leaving the programme is challenging without the continued support from health professionals.” (5)	ohjelmat koettiin voimaannuttaviksi, kun terveydenhuollon ammattilaiset olivat tukena, suhtautuivat kunnioittavasti ja osoittivat ymmärrystä, antoivat tietoa oireista ja niiden kanssa selviämisestä sekä heiltä sai jatkuvaa tukea		
		yksilöohjaus yhdistettynä useaan ohjauskertaan ja ryhmäohjaamiseen	

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
"Patient found being in a group had several positive benefits.... Patient reported that group support was important as content of programme."(5)	ryhmän tuki ja oppiminen yhdessä muiden samanlaisia huolenaiheita omaavien potilaiden kanssa interaktiivisessa ympäristössä jakaen ja tukien muita oli perustavaa laatua oleva näkökulma	ohjelmiin pitäisi sisältyä mm. ryhmäkeskusteluja	

Taulukko 2. Ryhmäohjausta hidastavat tekijät

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
"ohjaustilan toivottiin soveltuvan paremmin ohjaukseen" (2)	iäkkäillä ohjaustilan valintaan enemmän huomiota	ohjauksen tilat, käytävä aika toimintamahdollisuudet	ohjauksen resurssit
"tila meluisa, liian pieni ja ohjaukseen sopimaton" (2)	meluisa, häiriöille herkkä, liian pieni ja ohjaukseen soveltumaton tila		
"enemmistö (54 %) piti ohjaukseen tarvittavia välineitä puutteellisina"	yli puolet hoitajista arvioi välineet riittämättömiksi		
"viidennes potilaista piti hoito-henkilökunnan valmiuksia käyttää välineistöä puutteellisinä ja noin kymmenesosa ohjausaikaa riittämättömänä" (1)	iäkkäät, vähemmän koulutetut ja päivystykseen tulleet potilaat pitivät ohjausaikaa ja hoitajien osaamista riittämättömänä		
"vanhemmat hoitajat pitivät ohjauksen toimintamahdollisuuksia muita huonompina" (1)	ikä ja työkokemus korreloivat positiivisesti arvioihin toimintamahdollisuuksista		
"avointen kysymysten analyysin perusteella iäkkäät toivoivat ohjaustilanteeseen enemmän aikaa" (2)	kiireettömyyden lisäksi myös enemmän aikaa koko ohjausprosessiin		
"yli puolet hoito-henkilökunnasta arvioi, että aikaa ohjaukseen oli liian vähän ja tilat eivät olleet asiamukaisia" (1)	yli puolet hoitajista piti ohjaukseen varattua aikaa riittämättömänä	ohjausmenetelmät	
"olisivat kaivanneet monipuolisuutta käytettyihin ohjausmenetelmiin" (2)	ohjausmenetelmiä liian vähän käytössä		
"ryhmäohjaus ohjattavien asioiden harjoitteluun käytännössä sekä ohjaukseen liittyvien välineiden käyttö oli ollut vähäistä" (2)	ryhmäohjauksessa oli liian vähän mukana hoitovälineitä ja mahdollisuus käytännön harjoitteluun		

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
"ryhmäohjausta hallitsi huonosti kolmannes, demonstroinnin neljännes ja audiovisuaalisen ohjauksen neljännes" (1)	ryhmälle suunnattua ohjausmenetelmää osattiin yksipuolisesti		
"kirjallisen ohjauksen hallitsi hyvin kolme neljäsosaa ja kymmenesosa (9 %) ei käyttänyt ohjausmateriaalia ollenkaan" (1)	kirjallinen ohjaus tiedettiin, mutta käytettiin liian vähän		
"yli 60-vuoden ikäiset olivat tyytymättömiä ohjausmateriaaleihin ja -menetelmiin kuin nuoremmat" (3)	iäkkäät potilaat tarvitsevat monipuolisempaa ohjausta ja materiaalia kuin nuoremmat		
"Verbal teaching was the most common but least effective method." (4)	suullinen ohjaus oli käytetty, mutta vähiten vaikuttava menetelmä		
"Verbal teaching should be combined with another method to provide reinforcement." (4)	suullinen ohjaus pitäisi yhdistää johonkin toiseen menetelmään tehokkuuden lisäämiseksi		
"palaute itsehoidosta oli harvinaista" (3)	ohjauksen toteutuksesta puuttui usein palaute omahoidon onnistumisesta	palaute omahoidon onnistumisesta	potilaslähtöinen ohjauksen toteuttaminen
"annettuja ohjeita ei perusteltu potilaille" (2)	ohjeiden puutteellinen perustelu vähentää hoitoon sitoutumista		
"noin joka neljännelle potilaalle ei kuitenkaan ollut perusteltu annettuja ohjeita" (1)	annettua ohjausta/ ohjeita perusteltiin harvoin		
"potilasta ja omaisia oli ohjattu tunteiden ja pelkojen käsitelyssä liian vähän" (2)	omaiset mukaan potilaan kanssa ohjaukseen liittyvään keskusteluun		
"iäkkään potilaan elämäntapa ja arkipäivä huomioitava ohjauksen suunnittelussa" (2)	ohjauksen sisältö ja tavoitteet potilaslähtöisesti	potilaan kontekstin huomioiminen	
"iäkkään oma tapa huolehtia itsestään ja elämänhistoria vaikuttavat ohjauksen laatuun" (2)	ohjauksessa huomioitava iäkkään potilaan oma elämänhistoria ja sen vaikutus ohjauksen tulkitsemiseen		
"iäkkäille suunnatuilla koulutusohjelmilla on todettu olevan merkitystä heidän oppimisensa tuloksellisuuteen" (2)	iäkkäille potilaille suunnattuja koulutusohjelmia tarvitaan ohjauksen tehokkuuden lisäämiseksi		
"ohjauksen tavoitteita ei asetettu yhdessä potilaan kanssa, koska joka seitsemäs potilas ei ollut selvillä siitä, mihin py-	hoitaja asetti yleensä ohjauksen tavoitteet eikä keskustellut niistä potilaan kanssa		

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
rittiin” (1)			
”kuitenkaan viidesosa hoito-henkilökunnasta ei keskustel-lut ohjauksen tavoitteista poti-laan kanssa ja kahdeksasosa (13 %) ei soveltanut ohjattavia asioita potilaan elämäntilan-teeseen” (1)	hoitajat eivät keskustelleet tekemistään ohjauksen ta-voitteista potilaan kanssa		
”ohjauksen haasteet liittyivät näkemyseroihin terveyden-huoltohenkilöstön ja pitkäai-kaissaira-an välillä ohjauksen sisällöstä” (3)	ohjaajalla ja potilaalla ei sa-ma käsitys ohjauksen sisäl-löstä		
”ohjaustoimintaa ei myöskään perusteltu, sillä viidenneksen potilaista ymmärtämistä ei aina varmistettu eivätkä he saaneet aina palautetta ajan puutteen vuoksi” (1)	potilaan ohjauksen ymmär-tämisessä arviointi ja potilaan antaman palautteen keinoja ei käytetty varmistamaan ohjauksen laatua		
”tyytymättömiä oltiin ohjauk-sen sisällön epäjohtonmukai-suudesta, joka vaihtui sen mukaan, kuka ohjasi” (3)	ohjauksen jatkuvuus ja vuo-rovaikutuksen laatu painot-tuivat hoitajan toimintaan		
”ohjauksen vuorovaikutus ja ilmapiiri oli ajoittain autoritaa-rista” (3)	ohjaus hoitajan ehdoilla		
”ohjauksen soveltaminen päi-vittäiseen elämään toi tunteen kohtelusta ihmisenä” (3)	ohjauksen enempi liittäminen liittämisen vahvistaa potilaan yksilöllisyydentunnetta		
”iäkkäät kokeneen ongelmalli-seksi ohjaajien vaihtumisen ja heidän antamansa ohjauksen ristiriitaisuuden sekä ohjaajien käyttämät vierasperäiset sa-nat” (2)	iäkkään ohjauksessa oli usein eri ohjaaja, erilainen sisältö ja tyyli eri kertoina sekä vierasperäisiä sanoja	ohjauksen jatkuvuus ja toistettavuus	
”kuitenkin terveydenhuolto-henkilöstön ohjausta sairau-desta oli ajoittain vaikea ym-märtää” (3)	vieraskieliset termit heikentä-vät iäkkään hoitoon sitoutu-mista		
”ohjauksen kirjaamattomuus potilasasiakirjoihin toi haastei-ta ohjauksen jatkuvuudelle” (3)	ohjauksen jatkuvuus vaatii systemaattisen kirjaamisen		
”iäkkäät toivoivat ohjauksen jakaantuvan koko sairaalas-saoloajalle eikä kotiinlähtöti-lanteeseen”(2)	iäkkäät potilaat tarvitsevat useita ohjauskertoja		
”riittämättömintä ohjaus erityi-sesti sairauden ennusteesta, oireiden ja sen aiheuttamien rajoitusten osalta” (2)	ohjausta ei kohdennettu oi-kein sairauden kanssa selvi-ytymiseen ja sairauden tuo-miin ongelmiin	sairauden perustiedon ja ohjauksen määrän mer-kitys	ohjauksen riittävyys

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
"iäkkäät kokivat ongelmalliseksi lääkärin ja erityisesti erikoislääkärin ohjauksen vähyden" (2)	moniammatillinen ohjaus tukee iäkkään oppimista		
"kuntoutuksesta ja sairauden syistä sekä tukiryhmistä oli saatu vähiten ohjausta" (2)	iäkkäät potilaat tarvitsevat enemmän tietoa sairauden syistä ja kuntoutuksesta		
"hyvin onnistunut ohjaus voi torjua sairaalajakson jälkeen uhkaavalta niin fyysisten, psyykkisten kuin ongelmien kasautumiselta" (2)	hyvin suunniteltu ja toteutettu ohjaus vähentää jatkohoidossa uhkaavilta ongelmilta		
"ei riittävästi tietoa lääkityksen sivuoireista ja sairauden komplikaatioista" (3)	tarvitaan enemmän ohjausta ja tietoa lääkityksestä sekä sen vaikutuksesta		
"riittämätön ohjaus ravitsemuksesta ja liikunnasta haittasi selviytymistä" (3)	potilas ohjauksen tulisi sisältää tietoa sairauden vaikutuksesta arkielämään		
"ohjaus sairauden etenemisestä oli harvinaista ja puutteellisenä koettiin myös ohjaus terveyspalveluiden saatavuudesta" (3)	tarvitaan enemmän tietoa ja ohjausta sairauden ennusteesta ja terveyspalveluista		
"Patients need to understand... information about the importance medication adherence.. self-care behaviors into daily routines." (4)	yleisimmät otsikot olivat lääkkeet ja niiden sivuvaikutukset sekä oireiden tarkkailu ja hallinta		
"The first category relates to patients` tear their condition was deteriorating or they were were motivated to find hope and exercise control over their illness" (5)	sydänsairauksista kärsiviä motivoitiin itsehoito-ohjelmiin sekä omaksumaan terveellisempiä elintapoja, kun he olivat ohjauksessa tai koulutuksessa		
"sosiaalisen tuen ohjausta pidettiin heikkona" (3)	sosiaalista tukea ja ohjausta tarvitaan omahoidon tukena		
"kolmasosa iäkkäistä potilaista kokivat, että he eivät saaneet keskustella ongelmistaan ohjaustilanteissa" (2)	keskustelu sairauden tuomista tunteista etenkin ryhmäohjauksessa voimaannuttaa iäkkäitä potilaita		
"potilaita ja omaisia oli ohjattu tunteiden ja pelkojen ilmaisussa liian vähän" (2)	omaiset mukaan ryhmäohjaukseen ja keskusteluun		

Tuloksien analyysitaulukot.

Taulukko 1. Ohjauksen resurssit: ryhmäohjausta edistävät ja hidastavat tekijät

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
ikä, koulutus ja poliklinikalla käynnit sekä suunnitellut hoidot korreloivat positiivisesti ohjauksen toimintamahdollisuuksiin (1) hoitohenkilökunnan arvioissa ikä ja työkokemus korreloivat positiivisesti ohjauksen toimintamahdollisuuksiin (1) hoitohenkilökunnan arvioissa yhteistyö, tarvittavan materiaalin ajanmukaisuus sekä koulutus lisäsi ohjauksen mahdollisuuksia (1) hoitohenkilökunnan arvioissa ikä ja työkokemus korreloivat positiivisesti ohjauksen toimintamahdollisuuksiin (1)	ohjauksen tilat, välineet ja aika	ohjauksen resurssit
ohjauksesta puuttui hoitovälineitä ja eikä mahdollisuutta käytännön harjoitteluun (2), (3) vanhemmat ikäluokat tarvitsevat monipuolisempaa ohjausta kuin nuoret (1), (2) meluisa, häiriöille herkkä, liian pieni ja ohjaukseen soveltumaton tila (2) ohjauksesta puuttui hoitovälineitä ja eikä mahdollisuutta käytännön harjoitteluun (2), (3) ohjaustilanne kiireinen, ohjaus rutiininomaista huomioimatta potilasta (1), (2)		
kognitiivis-behavioristiset interventiot olivat useimmin käytetty menetelmä itsehoidon parantamisessa (3) hoitohenkilökunta sairaudesta tarvittavat tiedot yli 90 %:lla tyydyttävälle tasolle (1) hoitohenkilökunta arvioi ohjaamisen taitonsa yli 90 %:lla tyydyttävälle tasolle (1) hoitohenkilökunta arvioi ohjaustaitonsa perustuvan potilaslähtöiseen ohjaamiseen (1)	hoitohenkilökunnan valmiudet ohjaamiseen	
ryhmäohjausta ohjausmenetelmänä tulisi käyttää enemmän sen tarjoaman vertaistuen ja voimaannuttavan vaikutuksen hyödyntämiseksi (1), (2), (3)	ohjausmenetelmien osaaminen	
suullinen ohjaus pitäisi yhdistää, johonkin toiseen tehokkuuden lisäämiseksi mm. mediaan, yksilöohjaukseen (1), (2), (3), (4)		
hoitohenkilökunnan ohjausmenetelmien osaaminen oli puutteellista (1), (2), (3)		
ohjauksessa ei hyödynnetty audiovisuaalisia menetelmiä (3)		
hoitohenkilökunta arvioi ryhmäohjauksen, demonstroinnin ja audiovisuaalisten välineiden hallitsemisen huonoksi (1)		

Taulukko 2. Ohjauksen toteutus: ryhmäohjausta edistävät ja hidastavat tekijät

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
potilaslähtöinen ohjaaminen lisää ohjauksen toimintamahdollisuuksia (1) hoitohenkilökunta arvioi tietonsa sairaudesta olevan yli 90 %:lla vähintään tyydyttävällä tasolla (1)	sairaudesta annetun tiedon riittävyys	potilaslähtöisen ohjauksen toteuttaminen
hoitohenkilökunta arvioi antavansa potilaslähtöistä ohjausta, mutta kolmasosa hoitajista ei laatinut tavoitteita potilaan kanssa (1)	potilaan kanssa laaditut ohjauksen tavoitteet	
hoitaja asetti yleensä ohjauksen tavoitteet (1), (3) ohjaajalla ja potilaalla ei ollut sama käsitys ohjauksen sisällöstä (2) annettua ohjausta perusteltiin liian harvoin, mahdollisuus molemminpuoliseen palautteeseen puuttui (1), (2), (3)		
ohjauksen kehittäminen huomioimaan ja hyödyntämään potilaan konteksti ja potilaslähtöisyys (1), (2) ohjauksen kiinnittäminen esimerkein potilaan arkielämään helpottaa iäkkään oppimista (2) perustellut ohjeet potilaan ymmärtämällä kielellä edesauttoi hoitoon sitoutumista (1),(2) iäkkäiden ja omaisten tunteiden ja pelkojen käsittely on merkityksellinen osatekijä ohjauksen tuloksellisuutta (2), (3)	potilaan kontekstin huomiointi	
ohjaukseen vaikuttaa iäkkään muutokset muisti- ja aistitoiminnoissa (2)		
iäkkäiden ohjauksen jakaantuminen useampaan kertaan ja mahdollisuus ohjauksen toistettavuuteen (2)	ohjauksen eteneminen suunnitellusti	
keskustelu iäkkään potilaan kanssa ohjauksen tavoitteista, etenemisestä suunnitelman mukaan ja ohjauksen sisällön tiedottamisesta jatkohoitopaikkaan tehostavat ohjauksen tuloksellisuutta (2), (3) ohjauksen jatkuvuus vaatii systemaattista kirjautusta (1),(2) ohjaajan positiivinen asenne iäkkään potilaan ohjaukseen ja samojen ohjaajien toiminta tukivat iäkkään oppimista (2) elintapamuutosten ylläpitäminen ohjauksen loppumisen jälkeen on haastavaa ilman jatkuvaa terveydenhuollon ammattilaisen tukea (4), (5)		
ryhmäohjausta tulisi käyttää enemmän sen tarjoaman vertaistuen voimaannuttavan vaikutuksen hyödyntämiseksi (2), (3), (4), (5) ohjaus muiden samanlaisia huolenaiheita omaavien kanssa interaktiivisessa ympäristössä olivat merkityksellisiä ohjauksen laadulle (3) potilaat kokivat omaisten mukanaolon ohjuksessa tukea antavana (2)	ryhmäohjaus	
potilaat kokivat omaisten mukanaolon ohjuksessa tukea antavana (2)		
ryhmätuki ja yhdessä oppiminen suullista ohjaus-		

ta on hyvä tukea kirjallisella materiaalilla, etenkin iäkkäiden potilaiden kohdalla (2) hoitohenkilökunnasta kolmannes arvioi ryhmäohjaustaitonsa huonoksi (1)		
vuorovaikutus tehostuu, kun mukana on potilaan mahdollisuus keskusteluun ja sosiaaliseen tukeen (1), (3) vuorovaikutus iäkkään potilaan kanssa vaatii erityisosaamista, jossa korostuu potilaan kunnioittaminen, yksilöllisyys ja kuunteleminen (2)	vuorovaikutus	
iäkkään potilaan ohjaaminen vaatii enemmän vuorovaikutusta ja ilmapiiri vaikuttaa merkittävästi iäkkään oppimiseen (2) potilaiden kokemat ohjauksen kehittämistarpeet koskivat mm. ohjauksen vastavuoroisuuden huomioimista ohjaustilanteessa (1) hoitohenkilökunta arvioi vuorovaikutustaitonsa hyviksi ja vastavuoroisiksi (1)		
molemminpuolinen vuorovaikutus luo positiivisen ilmapiirin (3) nuoret ja koulutetut arvioivat ohjauksen ilmapiiriä kriittisesti (1)	ilmapiiri	

Taulukko 3. Ohjauksen riittävyys: ryhmäohjausta edistävät ja hidastavat tekijät

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
ohjaus oli riittämätöntä potilaille sairauteen liittyvistä käytännön asioista, lääkityksestä, ennusteesta ja omahoitomahdollisuuksista sekä sosiaalisesta tuesta (1), (2), (3), (4) hoitohenkilökunta arvioi potilaslähtöisen ohjauksen riittävyyden olevan riippuvainen ohjauksen käytettävän ajan pituudesta (1)	ohjaus sairauden hoidosta	ohjauksen riittävyys
ohjauksen tiedottamisesta jatkohoitopaikkaan tehostavat ohjauksen tuloksellisuutta (1) hyvin suunniteltu ja toteutettu ohjaus vähentää jatkohoidossa uhkaavilta ongelmilta (2), (3)		
iäkkäille potilaille enemmän moniammatillista ohjausta (2) itsehoito-ohjelmat olivat käyttökelpoisia menetelmiä potilaan omahoidon ja sairauden kanssa selviämisessä (4) omahoidossa (self- efficacy/ itsevaikutus) on tärkeä tekijä, mutta tutkimuksessa ei kuitenkaan pystytty määrittelemään termiä (2), (4) ohjauskertoja tulisi olla useampia kuin tehokkuuden lisäämiseksi (4)	ohjauksen monipuolistaminen	

ryhmäohjausta, demonstraatiota ja kirjallista materiaalia ei hyödynnetä riittävästi ohjauksessa (1), (2), (3), (4), (5) suullinen ohjaus pitäisi yhdistää vähäisen vaikuttavuutensa vuoksi median käyttöön ja yksilöohjaukseen sekä kirjallisiin ohjeisiin (1), (3), (4) elintapamuutosten ylläpitäminen ohjauksen jälkeen on haastavaa ilman hoitohenkilökunnan tukea (5)		
--	--	--

Taulukko 4. Ohjauksen hyödyt pitkäaikaissairaille potilaille

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
potilaslähtöinen ohjaus (1), (2), (3) ohjauksen vaikutukset sairauden omahoitoon, asenteisiin ja elämänlaatuun (1)	vaikutus elämänlaatuun	ohjauksen hyödyt pitkäaikaissairaille potilaille